

Université de Lyon

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année 1963 - N° 94

Le Traitement Chirurgical de la Recto-colite Hémorragique

(d'après 30 observations personnelles)

Travail de la clinique chirurgicale C
Professeur P. Bertrand

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

et soutenue publiquement le 12 juin 1963

PAR

CIBERT Jacques

Interne des Hôpitaux de Lyon

Né le 7 août 1931 à LYON-2°



LYON

EDITIONS ET IMPRIMERIES DU SUD-EST

46, rue de la Charité

—
1963

**Le traitement chirurgical
de la recto-colite hémorragique**

PERSONNEL DE LA FACULTE

M. J. LEPINE : Doyen honoraire, membre de l'Institut
M. H. HERMANN, Doyen, Correspondant de l'Institut; MM. M. LEVRAT et L. REVOL, assesseurs

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. COLLET, GUIART, PATEL, LEPINE, TRILLAT, MOURIQUAND, MAZEL, GARIN, GATE, MARTIN, GABRIELLE, SANTY, DUCLOS, GUILLEMINET

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Physiologie A	HERMANN	Parasitol. et pathol. exotique	COUDERT
Clinique urologique	CIBERT	Clinique d'oto-rhino-laryngologie et d'audio-phonologie ..	MOUNIER-KUHN
Physique biologique	PONTHUS	Clinique ophtalmologique ..	PAUFIQUE
Clin. neuro-psych. et hyg. ment.	dét. à Beyrouth	Clin. derm., syphil. et allergol.	THIERS
Thér. chirurg. et chirurg. opérat.	DECHAUME	Clinique de pneumo-phthisologie	BRUN
Chimie organique et toxicologie	ROCHET	Clin. traumatol. des membres	CREYSEL
Clinique chirurgicale B	CHAMBON	Clinique carcinologique	DARGENT
Clinique médicale B	WERTHEIMER	Anatomie pathologique	GUICHARD
	LAUPERT	Pathologie générale et expér.	GIRARD Paul
	RAVAULT	Anatomie	LATARJET
Clin. et prophyl. cardio-vascul.	FROMENT	Pathologie chirurgicale	PEYCELON
Clinique médicale C	CROIZAT	Thérapeutique	GIRARD M.
Chimie biologique et médicale	ENSELME	Pathologie médicale	VACHON
Clinique chirurgicale A	MALLET-GUY	Physio-pathol. des voies respir.	GALY
Pharm. galénique et mat. méd.	REVOL	Radiologie	PAPILLON
Clinique gynécologique	POLLOSSON	Clinique les maladies infect.	JEUNE
Clinique obstétricale	PIGEAUD	Hydr. thér., clim. et écol. soc.	GONIN
Médecine du travail	BOURRET	Bactériologie	MONNET
Clinique médicale A	LEVRAT	Physiologie et pathol. obstétr.	BANSILLON
Hygiène et action san. et soc.	SOHIER	Physiologie B	CHATONNET
Clin. méd. inf. et hyg. 1 ^{er} âge	BERNHEIM	Clinique endocrinologique ..	GUINET
Biologie méd. et pharmacodyn.	JOURDAN	Clinique de chirurg. orthopéd.	TRILLAT
Botanique et cryptogamie ..	NETIEN	Clinique stomatologique	FREIDEL
Clinique chirurgicale C	BERTRAND	Clin. chir. et orthop. infantl.	MARION Jh
Chimie analyt. pharmaceutique	BADINAND	Mat. méd. et légis. pharmac.	DORCHE
Pharmacie chim. et pharmac.	DREVON	Histologie et embryologie ..	X...
Médecine légale et déontologie	ROCHE		

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Phys. nucl. appl. à la méd. ..	BERGER	Professeurs en surnombre :	MM.
Bactériologie	BERTOYE	Pédiatrie et puériculture	SARROUY
Physiologie	CIER J.-F.	Climatologie	LACROIX
Chirurgie générale	MANSUY	Thérapeutique chirurgicale ..	GOINARD
		Propédeutique chirurgicale ..	LIARAS
		Chimie pharmaceutique	COLLET

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Parasitologie	ROMAN	Histologie et embryologie ..	DUMONT
Pharmacie chim. et pharmacol.	CIER André	Anatomie pathologique	FEROLDI
Chimie organique et toxicol.	PERROT	Physique biologique	MORET

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Neuro-chirurgie	LECUIRE	Stomatologie	de MOURGUES
Médecine générale	REVOL Louis	Anatomie	DUROUX
Chimie biologique	CREYSEL R.	Anatomie	BOUCHET
Hygiène	THIVOLET	Thérapeutique	BRETTE
Parasitologie	GARIN	Anatomie pathologique	TOMMASI
Médecine du travail	TOLOT	Hygiène	RIFFAT
Electro-radiologie	PINET	Pathologie expérimentale ..	JOUVET
Médecine générale	DESPIERRES	Hématologie	FAVRE-GILLY
Botanique et cryptogamie ..	ODDOUX	Histologie et embryologie ..	GIROD
Chimie analytique	de SOLLIERS	Chimie analytique	MALLEIN
Médecine générale et thérap.	LEJEUNE	Chimie biologique	GRAS
Chirurgie générale	REBOUILLAT	Physique biologique	PEYRIN
Electro-radiologie	BUFFARD	Bactériologie	VIAILLIER
Maladies infectieuses	NAUSSAC		RAYNARD
Pédiatrie	ROMAGNY	Biologie méd. et pharmacodyn.	FAUCON
		Physiologie	FLANDROIS

AGREGES EN EXERCICE

Médecine générale :		Pédiatrie et puériculture	FRANÇOIS
PONT, VIGNON, PLAUCHU, TRAEGER, DEVIC,		Pédiatrie et puériculture	BETHENOD
GARDE, PERRIN André, LARBRE, MORNEX,		Dermatologie	COLOMB
NORMAND, FRIES, LAMBERT, NOEL Gilbert,		Médecine légale	COLIN
ROBERT.		Neuro-psychiatrie	GUYOTAT
Chirurgie générale.		Neuro-psychiatrie	SCHOTT
MARION Pierre, MICHAUD, JAUBERT de		Ophtalmologie	BONAMOUR
BEAUJEU, SAUTOT, GUILLEMIN,		Ophtalmologie	HUGONNIER
de MOURGUES Georges, FRANCILLON,		Urologie	DURAND
SAUBIER, MARET, DESCOTES, MICHOULIER.		Electro-radiologie	CHASSARD
Obstétrique	BURTHIAULT	Neuro-chirurgie	ALLEGRE
Obstétrique	DUMONT M.	Orthopédie	FAYSEE
Obstétrique	GARMIER	Orthopédie	SCHNEPP
Oto-rhino-laryngologie	GIGNOUX	Pneumo-phthisologie	KALB
Oto-rhino-laryngologie	GAILLARD	Stomatologie	DUMAS

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. BERTRAND, président; PEYCELON, MARION, VACHON, PERRIN

Université de Lyon

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année 1963 - N° 94

Le Traitement Chirurgical de la Recto-colite Hémorragique

(d'après 30 observations personnelles)

Travail de la clinique chirurgicale C
Professeur P. Bertrand

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

et soutenue publiquement le 12 juin 1963

PAR

CIBERT Jacques

Né le 7 août 1931 à LYON-2°

Interne des Hôpitaux de Lyon



LYON
EDITIONS ET IMPRIMERIES DU SUD-EST
46, rue de la Charité

—
1963



A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR M. CIBERT

A LA MÉMOIRE DU PROFESSEUR P. SAVY

A LA MÉMOIRE DE MON BEAU-PÈRE

A TOUTE MA FAMILLE

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BERTRAND

Depuis de nombreuses années, il nous a témoigné une affectueuse sollicitude.

Nous sommes heureux d'avoir pu, pendant notre internat, bénéficier de son enseignement, et au cours du semestre passé sous son autorité apprécier la rigueur de ses indications opératoires, l'habileté et la facilité avec lesquelles il les réalise.

Nous sommes très sensible à l'honneur qu'il nous a fait en nous confiant un travail qui lui tient particulièrement à cœur et nous le remercions de l'aide bienveillante et si patiente qu'il nous a accordée pendant son élaboration.

Qu'il soit assuré de notre reconnaissance, de notre admiration surtout.

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY

MONSIEUR LE PROFESSEUR R. PEYCELON

Nous avons pu admirer, au cours du semestre passé auprès de lui, ses légendaires qualités chirurgicales, son habileté qu'aucune difficulté ne rebute, son dynamisme qu'aucun obstacle ne peut atteindre.

Nous voudrions surtout le remercier pour l'attitude toujours bienveillante et affectueuse qu'il a eue à notre égard, et l'assurer de notre respectueux attachement.

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. MARION

Nous sommes heureux d'avoir pu commencer et finir notre internat dans son service.

Durant ces deux semestres, nous avons bénéficié de son enseignement au cours de conversations qui nous ont permis d'admirer l'étendue et la diversité de ses connaissances.

Nous le remercions d'une indulgence jamais lassée et de l'intérêt bienveillant qu'il porte à notre avenir.

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. VACHON

Nous n'oublions pas que nous avons été son élève, mais nous regrettons de l'avoir été peut-être trop tôt, sûrement trop brièvement.

Nous le remercions d'avoir accepté d'être notre juge malgré le caractère très chirurgical de ce travail.

Nous voudrions qu'il sache que les liens qui nous unissent sur le plan familial n'excluent pas l'admiration profonde que nous lui portons sur le plan médical.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. PERRIN

Bien que le sujet de cette thèse soit fort éloigné de ses préoccupations, il a bien voulu accepter de nous juger.

Nous sommes heureux de pouvoir lui témoigner ici la très sincère admiration que nous lui portons et le remercier de la bienveillance qu'il nous a témoignée au cours d'un semestre qui nous parut le plus court de notre internat.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. VACHON

MONSIEUR LE PROFESSEUR R. PEYCELON

Externat

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. MALLET-GUY

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. MATHIEU

MONSIEUR LE PROFESSEUR CH. CLAVEL (in memoriam)

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. TRILLAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. DELORE (in memoriam)

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. CROIZAT

Internat

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. MARION (deux semestres)

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. PERRIN

MONSIEUR LE PROFESSEUR E. POLLOSSON

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. CREYSSEL

MONSIEUR LE PROFESSEUR R. PEYCELON

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BERTRAND

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. MICHAUD

A NOS CONFERENCIERS D'EXTERNAT ET D'INTERNAT

MESSIEURS LES DOCTEURS Y. LOAEC ET P. CHAPUIS

G. RIVIERE ET P. GALLOIS

A NOS CAMARADES D'EXTERNAT ET D'INTERNAT

A TOUS NOS AMIS

En reprenant six ans après la thèse de GABRIELLE, inspirée par notre Maître le Professeur Pierre BERTRAND, l'étude du traitement chirurgical de la recto-colite hémorragique, notre but n'est pas de faire une revue complète de la question, mais à la lumière de 22 nouvelles observations personnelles et de nouvelles techniques chirurgicales d'en préciser les indications.

En effet, malgré de nombreuses études cliniques et expérimentales, les causes de cette affection restent mystérieuses et aucun traitement étiologique ne peut lui être opposé.

Si l'apparition de nouveaux médicaments a rendu plus efficace le traitement médical, celui-ci reste cependant insuffisant dans un certain nombre de cas qui deviennent de ce fait justiciables de la chirurgie.

Après les simples opérations de dérivation, les progrès de l'anesthésie, de la réanimation, les antibiotiques ont permis d'entreprendre avec succès des opérations plus importantes : colectomie totale avec iléostomie définitive, qui semblaient résoudre le problème du traitement chirurgical de cette affection.

En fait, l'iléostomie définitive représente aux yeux du médecin et pour le malade, souvent encore jeune, une infirmité difficilement tolérable.

L'idée s'est alors fait jour, en Australie d'abord, en Angleterre ensuite, en France enfin, que le rétablissement de la continuité colique après colectomie totale était non seulement souhaitable, mais possible : ainsi sont nées les différentes techniques d'anastomose, basses, iléo-anales, périlleuses et incertaines au point de vue fonctionnel, et les diverses modalités d'anastomose hautes iléo-sigmoïdiennes ou iléo-rectales. D'abord réservées aux cas choisis, ceux où le rectum est sain ou guéri, les anastomoses ont vu s'étendre progressivement leurs indications. Appuyée sur l'expérience d'AYLETT et de CORBETT en particulier, une tendance se dessine depuis ces dernières années à considérer l'anastomose iléo-rectale contemporaine ou secondaire à la colectomie totale comme le procédé de choix dans le traitement de la recto-colite ulcéreuse hémorragique.

Mais ce n'est qu'une tendance.

CHAPITRE I

Rappel anatomique

Aucune notion particulière et révolutionnaire n'a semble-t-il été signalée ces dernières années ; il faut cependant rappeler quelques points :

I. — LA TOPOGRAPHIE DES LÉSIONS

A - Le fait qui en effet domine l'étude anatomique est le *caractère diffus* des lésions ou sa tendance à la diffusion.

— Il existe cependant certainement *des formes localisées*, rectites, colites droites ou gauches (10 % de la plupart des statistiques). Il faut toutefois remarquer :

- que s'il existe de tels cas dont l'appartenance à la recto-colite hémorragique peut être incontestablement reconnue, on peut hésiter pour d'autres à les faire entrer dans ce cadre : de nombreux auteurs ont insisté sur la ressemblance entre les rectocolites hémorragiques du côlon droit et les iléites de CROHN étendues secondairement au côlon droit.
- que, d'autre part, une extension au reste du côlon est chose fréquente (obs. 25).
- Habituellement cette affection reste caractérisée par son étendue à tout le côlon et au rectum.

B - Il faut remarquer en second lieu que la jonction rectosigmoïdienne, dont on a dit il y a déjà longtemps qu'elle était à l'origine des lésions qui s'étendaient à partir d'elle en amont et en aval, joue un rôle particulier. AYLETT, l'un des promoteurs du rétablissement de la continuité, insiste sur le fait que les lésions rectales sous-jacentes ne sont susceptibles d'amélioration qu'à la condition de la réséquer.

C - Enfin, *le grêle* n'est pas à l'abri de la maladie : habituellement alors localisée à l'iléon terminal, on a pu la voir dans certains cas

exceptionnels atteindre le grêle et même le jéjunum (BACON). En fait, ces atteintes iléales, qui peuvent se rencontrer à un stade quelconque de la maladie (3 mois à 30 ans), ne se voient que lorsque le côlon droit est lui-même atteint. De toutes façons les lésions n'atteignent que rarement l'intensité qu'elles revêtent sur le côlon quoique l'on ait signalé des perforations (BACON). L'atteinte iléale peut s'expliquer de deux manières :

— soit par envahissement de proche en proche par le processus ulcéreux (DAGNELIE) ;

— soit par reflux par incontinence de la valvule de BAUHIN (Black wash iléitis : CROHN, GARLOCK, BROOKE).

Quelle que soit la manière de voir, la possibilité de cette atteinte iléale, difficile à détecter même à la laparotomie, impose une exérèse presque systématique de la dernière anse iléale au cours de la colectomie.

Enfin, il faut signaler que leur existence a posé le problème d'erreur de diagnostic comme nous l'avons déjà signalé à propos des colites droites : il peut s'agir d'iléites de CROHN à point de départ iléal, étendues secondairement au côlon.

II. — LES FORMES AIGUES GRAVES

— *A la laparotomie*, le côlon apparaît congestif, sillonné par un lacis vasculaire important, recouvert d'une séreuse œdématisée, dépolie et pâle. Il existe parfois mais rarement des adhérences épiploïques masquant une perforation. Le mésentère est œdématisé, parfois le siège d'adénopathies.

Ce qui frappe c'est la grande friabilité de cet intestin : de consistance carton mouillé, parfois frappant par son extrême minceur ; lorsqu'il est dilaté, il peut se rompre à la moindre traction, se perforer à la moindre pression.

— *A l'ouverture* de l'intestin on voit que :

— la lumière contient une sérosité séro-sanglante, avec exsudat séro-fibrineux et purulent, parfois disposée en placard (membrane pseudo-diphthérique).

— Les lésions de la muqueuse qui sont considérables : *ulcérations* de taille et de nombre variables, tendant à devenir confluentes, ayant tendance à se disposer longitudinalement. Ce sont des ulcérations à l'emporte-pièce à bords nets ; leur fond jaunâtre, nécrotique, repose sur la couche musculaire, qu'elles peuvent également tra-

verser ; elles sont alors limitées par la séreuse, barrière fragile qu'elles peuvent aisément franchir.

— Entre les ulcérations la muqueuse est rarement normale, généralement œdématiée, granuleuse, piquetée.

— *L'examen histologique* ne révèle pas l'existence de lésion vraiment spécifique ; c'est une atteinte de toutes les couches de la paroi associant :

— Le processus ulcératif, pénétrant plus ou moins profondément dans la paroi,

— Aux phénomènes inflammatoires : infiltration leucocytaire créant de véritables micro-abcès, qui associés à la thrombose vasculaire expliquent la progression des ulcérations.

— *L'évolution anatomique* de ces formes est grave :

— L'existence de l'œdème et des ulcérations entraînent une fuite hydro-électrolytique, importante source de déséquilibre ionique considérable.

— D'autre part, la progression des ulcérations peut conduire à des complications redoutables qui sont exceptionnellement des hémorragies graves par ulcération vasculaire, plus souvent des perforations en péritoine libre d'un effroyable pronostic.

— Cependant, des rémissions peuvent se produire qui ne sont cependant jamais complètes. Si l'intestin retrouve un aspect macroscopique normal ou subnormal, il persiste en fait des lésions cicatricielles :

- La muqueuse qui se reconstitue à partir d'îlots muqueux respectés, reste mince, fragile, parsemée de taches blanchâtres ou pigmentées, cicatrices d'ulcérations. L'examen histologique montre que l'épithélium est aminci, les glandes dilatées.

- Le chorion reste le siège d'une congestion vasculaire et d'une infiltration inflammatoire souvent importante.

- Les couches profondes sont le siège d'une sclérose cicatricielle, enserrant ou remplaçant les fibres musculaires.

III. — LES FORMES CHRONIQUES

Après une évolution plus ou moins longue, généralement après des années, de poussées en poussées, les lésions s'installent irréversibles mais toujours susceptibles d'aggravation. La maladie est entrée dans sa phase chronique.

— *A la laparotomie* : l'intestin peut paraître parfois subnormal, mais est habituellement le siège de modifications importantes ; rétréci dans sa longueur et dans sa largeur, parfois le siège de rétrécissement, ses angles sont émoussés ; la rigidité de sa paroi lui donne un aspect en tuyau de pipe. La séreuse qui le recouvre apparaît dépolie, mais peu souvent, en l'absence de perforation, le siège d'adhérences. Enfin, la réaction ganglionnaire est rarement importante quoique l'on ait pu décrire des formes lympho-ganglionnaires de la maladie.

— *A l'ouverture de la pièce* on est frappé par le polymorphisme des lésions.

A certains endroits, parfois sur la pièce entière, en l'absence de tout processus actif, la muqueuse apparaît pâle, mince, friable. De place en place des cicatrices blanchâtres, traces d'anciennes ulcérations.

Ailleurs apparaissent de vastes plages de desquamation muqueuse et surtout *les pseudopolypes* dont l'existence est l'apanage de cette forme de la maladie, mais également de certaines formes graves. Ils sont de taille et de nombre variables, plus ou moins pédiculés ou sésiles ; très clairsemés, voire même isolés, ils sont parfois, au contraire, si nombreux qu'ils recouvrent entièrement certaines portions du côlon, donnant à s'y méprendre l'aspect d'un polypose rectocolique.

En fait, ces pseudopolypes sont à différencier nettement des *polypes adénomateux*, avec lesquels ils ne présentent aucun caractère commun (BARGEN, HILLEMANN, DAGNELIE). Ce sont des bourgeons de granulation, plus ou moins recouverts de lambeaux de muqueuse qui desquament, témoins d'un processus de dégénération. Ils sont d'ailleurs susceptibles de disparaître : en effet, quand le processus inflammatoire diminue en même temps que l'œdème qui l'entoure, le pseudopolype s'affaisse et redevient l'îlot muqueux qui pourra servir à une régénération partielle de la muqueuse.

— *L'examen histologique* de cet élément confirme leur nature granulomateuse. Les parois intestinales apparaissent par ailleurs, le siège d'une infiltration scléro-lipomateuse puis de sclérose, processus cicatriciel.

— *L'évolution anatomique* de ces formes est caractérisée :

— Par la persistance d'un processus inflammatoire au long cours dans le côlon qui devient un foyer infectieux et toxique susceptible de créer des complications à distance : complications articulaires, cutanées (type érythème noueux, pyodermite, urticaire), oculaires (iritis), viscérales (hépatiques surtout).

— Par la possibilité de complications locales dues à la persévérance du processus ulcératif et suppuratif, accompagnées d'une réaction cicatricielle qui explique leur caractère limité et cloisonné : ce sont les abcès péri-coliques ou péri-rectaux qui peuvent se fistuliser dans le grêle, dans le vagin, à la peau, surtout au périnée à travers et autour du sphincter qui finit par devenir complètement incompetent.

— Enfin, par l'importance de la sclérose intestinale et péri-intestinale cicatricielle. Ces *rétrécissements*, dont nous possédons un exemple (Obs. n° 29) : rétrécissement rectal bas admettant à peine l'index, peuvent entraîner par leur importance des troubles du transit.

— Mais parmi ces complications, l'une domine nettement par sa gravité sinon par sa fréquence : c'est la possibilité de la survenue au cours de l'évolution d'une recto-colite hémorragique d'un cancer.

IV. — RECTO-COLITE HÉMORRAGIQUE ET CANCER

Le nombre des publications à ce sujet souligne l'intérêt que l'on porte actuellement à ce problème.

La possibilité de la dégénérescence maligne est controversée.

En France, la plupart des auteurs la considèrent comme rarissime, parfois même la nient : CATTAN : 0,75 %, RACHET et BUSSON : 0,5 %, HILLEMAND : 1 %, LOYGUE : 1 sur 66 ; chiffres suffisamment faibles pour ne pas exclure la possibilité d'une coïncidence.

Cependant, quelques auteurs de langue française présentent des statistiques qui accordent à cette complication une certaine fréquence : DELANNOY : 3,8 % ; nous-mêmes avons relevé 2 cas de cancer parmi les 30 cas de recto-colite hémorragique que nous avons pu observer (6,6 %).

Par contre les statistiques anglo-saxonnes apportent dans l'ensemble des chiffres tels qu'il est difficile de nier le caractère cancérigène de cette maladie. En effet :

— D'une part le pourcentage brut de cancers survenant sur recto-colite est assez élevé : BARGEN : 178 cancers sur 7.000 cas, SLANEY et BROOKE : 3,8 %, HUGHES : 6,2 % ; DUKES et LOCKART-MUMMERY : 5,8 %, etc... En fait, on peut admettre une moyenne raisonnable de 2,5 %, les chiffres variant de 3 à 30 %, différence que l'on comprend aisément si l'on considère qu'il s'agit soit d'une statistique globale, soit d'une statistique purement chirurgicale où ils sont plus élevés.

— D'autre part, l'âge moyen de survenue du cancer chez les malades atteints de recto-colite hémorragique est beaucoup moins élevé que l'âge habituel du cancer colique. BARGEN : dans plus de 50 % des cas avant 40 ans ; SLANEY et BROOKE trouvent un âge moyen de 42 ans (alors qu'il est de 63 ans pour un cancer colique survenant chez des malades sans antécédent) ; POOR : entre 40 et 45 ans, etc...

Les auteurs de langue française reprochent à ces statistiques leur caractère excessif et estiment qu'il doit exister certaines confusions entre les recto-colites hémorragiques proprement dites et d'autres maladies dont la tendance cancérigène est admise par tous, (polypose recto-colique en particulier.)

Les auteurs anglo-saxons par contre (BACON) pensent qu'ils restent en dessous de la vérité : Les examens histologiques ne sont pas faits en détail sur toute la pièce d'une part, et d'autre part nombre de malades dont la mort semble due à une recto-colite hémorragique peuvent être en réalité porteurs de cancer que l'absence d'autopsie empêche de reconnaître.

Une différence d'opinion aussi importante peut s'expliquer en fait par les circonstances étiologiques d'apparition de ces cancers.

— En effet, ils semblent survenir avec une particulière fréquence lorsque la maladie revêt une forte intensité, ce qu'il est inhabituel de constater dans nos pays.

— Par ailleurs, ils apparaissent surtout lorsque la maladie évolue sur un mode grave et *depuis longtemps* (au moins plus de 10 ans) : CATTEL estime à 7 % le nombre de cancers sur recto-colite évoluant depuis moins de 10 ans, à 30 % au delà ; pour BARGEN le maximum de fréquence se situe en moyenne à 17 ans d'évolution ; LYONS et GARLOCK : 36 % de cancers dans les recto-colites évoluant depuis plus de 10 ans.

Leurs caractères anatomiques sont assez particuliers.

— *Le siège* : il peut survenir en tous points du côlon, mais avec une particulière fréquence au niveau du rectum et du recto-sigmoïde (BACON 37 %, HUGHES 50 %, COUNSELL et DUKES 25 %). Mais il faut signaler aussi, et c'est là un de leurs caractères important, la possibilité de localisations multiples (dans un quart des cas environ pour BARGEN, SLOAN, DENNIS. Dans notre observation n° 27 l'examen histologique a mis en évidence une double localisation).

— *Leur aspect anatomique* est celui de tous les cancers coliques : infiltrants, végétants ou séreux.

— *Leur évolution* est de l'avis de tous caractérisée par une grande malignité. Ils sont d'autant plus graves que, outre leur tendance

propre à une évolution rapide, leur diagnostic est difficile (leurs signes sont identiques à ceux de la recto-colite, donc souvent tardifs).

On ne peut donner à cette potentialité maligne de la recto-colite ulcéreuse hémorragique aucune explication définitive :

— Le rôle des pseudo-polypes qui a été le premier suspecté est en réalité nul. La coexistence de pseudo-polypes et de cancers vient du fait qu'ils surviennent tous les deux sur des côlons depuis longtemps malades. Ce sont, en effet, comme nous l'avons vu plus haut, des *pseudo-polypes* sans aucun rapport avec les polypes adénomateux dont la dégénérescence possible est bien connue. DAGNELIE estime que la transformation du pseudo-polype inflammatoire en polype adénomateux, lui-même susceptible de Cancériser, est exceptionnelle.

— Il semble plus logique d'admettre comme explication un phénomène de pathologie générale : il existe en effet au niveau du côlon malade tous les facteurs que l'on considère habituellement comme cancérigènes. Il est en effet le siège d'une longue irritation, d'une intense régénération épithéliale et d'une importante vascularisation (BARGEN, DUKES, DAGNELIE, HILLEMAND). « Ce ne serait donc pas la recto-colite ulcéreuse hémorragique qui intrinsèquement serait cancérigène (comme peut le faire supposer d'ailleurs la survenue tardive de cette complication), mais ses conséquences lésionnelles communes avec d'autres affections, dans une zone du tube digestif où le carcinome trouve habituellement un lieu de prédilection » (HILLEMAND).

CHAPITRE II

Rappel clinique

La symptomatologie de la recto-colite ulcéro-hémorragique revêt la plupart du temps un aspect assez caractéristique, associant à un syndrome dysentérique, des lésions endoscopiques qui ont souvent un caractère assez évocateur.

Mais ce qui domine surtout cette étude, c'est la notion d'une *évolution extrêmement capricieuse et imprévisible* qui rend tout pronostic impossible, ce qui complique considérablement le problème des indications thérapeutiques.

I. — LES POUSSEES DE RECTO-COLITE ULCERO-HEMORRAGIQUE

A - CIRCONSTANCES D'APPARITION :

— Elles débutent avec une nette prédilection à un âge précoce avec un maximum entre 20 et 40 ans (15 cas). Elles sont beaucoup plus rares après 50 ans (14 cas, dont 4 de plus de 60 ans). Nous n'en avons jamais observé en-dessous de 18 ans, mais cette maladie existe cependant même chez l'enfant, ce qui est rare en France mais beaucoup plus fréquent dans les pays anglo-saxons.

— On ne retrouve généralement pas dans l'histoire des malades d'antécédents pathologiques particuliers. Il faut cependant signaler la possibilité de la voir se développer dans les suites d'une colite amibienne authentique (HILLEMANN). Cependant de nombreux auteurs ont remarqué la fréquence chez ces malades, d'une part d'un terrain psychique particulier, fait d'instabilité caractérielle, d'anxiété, et d'autre part, de facteurs déclenchants que représente souvent un traumatisme affectif. Nous n'en possédons que deux exemples sûrs

(Obs. n° 24 et Obs. n° 26), mais en fait les circonstances d'apparition ne sont souvent pas précisées dans les observations.

— Ces poussées de recto-colite peuvent revêtir une intensité extrêmement variable ; tous les intermédiaires peuvent être rencontrés entre la *forme gravissime* (Acute toxic ou acute fulminating ulcerative colitis des auteurs anglo-saxons) et la *forme la plus bénigne* qui passe souvent inaperçue et n'est retrouvée que par un interrogatoire minutieux de malades vus lors de poussées plus graves.

B - LES FORMES BÉNIGNES

C'est actuellement la forme la plus fréquente en France, elle se manifeste par un syndrome dysentérique muco-hémorragique : selles fréquentes (5 à 10 par jour), impérieuses, suivies de ténesme. Les selles renferment des glaires, parfois du sang mélangé à des matières liquides.

Il s'y ajoute parfois un petit syndrome infectieux, température subfébrile ; mais la fièvre est rarement élevée dans ces poussées bénignes.

La persistance pendant quelques jours de ce syndrome diarrhéique peut entraîner dans certains cas une asthénie, un amaigrissement, mais qui ne sont jamais très considérables.

Le diagnostic, du fait de la banalité des troubles observés n'est très souvent pas fait, comme nous avons pu le constater à de nombreuses reprises.

En effet, l'examen clinique est entièrement négatif, sauf parfois quelques douleurs provoquées le long du cadre colique à la palpation abdominale ; l'examen coprologique n'est que rarement demandé et de toute façon ne montrerait que la présence d'une flore microbienne abondante et variée.

Cependant la radiographie par lavement baryté peut déjà montrer des signes : rigidité et manque de souplesse du côlon, avec disparition des segmentations haustrales, parfois pertes du liseré de sécurité. En fait ces signes, s'ils permettent le diagnostic de colite, ne permettent pas d'évoquer à coup sûr la recto-colite hémorragique.

Seule la rectoscopie peut montrer des signes caractéristiques : la muqueuse rectale apparaît rouge, congestive, œdémateuse, et surtout d'une très grande fragilité, saignant au moindre contact, « suant le sang ».

C - LES POUSSÉES GRAVES.

— *Les poussées gravissimes* sont des formes qui jusqu'à présent exceptionnelles en France voient leur fréquence augmenter.

Elles sont caractérisées par :

— Un syndrome dysentérique à son maximum, 15 à 30 selles par jour avec des hémorragies profuses, du pus : le malade baigne littéralement dans ses déjections.

— L'état général est catastrophique et s'altère très rapidement en quelques jours, voire même en quelques heures ; la température est élevée, parfois désarticulée. Il existe très souvent un état de stupeur, véritable tymphos avec agitation ou au contraire prostration qui est beaucoup plus fréquent.

— Les examens biologiques révèlent l'existence d'une déshydratation intense, d'une fuite électrolytique, et surtout d'une anémie et une perte de protéines extrêmement importante.

— *Les poussées aiguës* représentent un degré moindre de ces formes graves, mais ce sont celles qui en France sont le plus habituellement rencontrées (13 cas de notre statistique). Elles ne se différencient de ces formes suraiguës que par un état général souvent moins grave et surtout par une évolution moins rapide.

— Le diagnostic de ces formes est généralement plus facilement posé.

— On peut penser à d'autres formes de colite, amibiennes, bacillaires, ou infectieuses banales ; mais ces diagnostics sont éliminés sur la vue de l'examen coprologique.

La radiographie par lavement baryté ne peut ici qu'être exceptionnellement pratiquée, en raison des dangers, en particulier de perforation, et également de son caractère douloureux qui la rend insupportable pour le malade. Elle montrerait un côlon spasmé, une bordure irrégulière, dentelée, traduisant la présence d'ulcérations. Tous ces signes n'ont aucun caractère pathognomonique, mais son intérêt est de montrer l'étendue des lésions sur le cadre colique.

C'est encore la rectoscopie qui montre les lésions évidentes : la muqueuse suintant le sang, recouverte de placards purulents, est parsemée çà et là d'ulcérations plus ou moins nombreuses, parfois confluentes, à bords nets, à fond nécrotique et jaunâtre.

— C'est au cours de ces poussées que l'on peut voir apparaître les complications dont la gravité renforce encore le caractère fâcheux du pronostic.

— *Les perforations* sont de toutes les plus fréquentes et les plus graves. Il s'agit exceptionnellement de perforations évidentes,

à manifestations bruyantes : douleurs aiguës, ventre de bois, pneumopéritoine à la radiographie. Elles revêtent le plus souvent le masque de *péritonite asthénique* de diagnostic très difficile et qui, il faut bien le dire, échappe le plus souvent. On peut la soupçonner alors sur une aggravation rapide de l'état général, sur des modifications discrètes du palper abdominal qui peut être plus douloureux, parfois par l'existence d'une discrète défense. La difficulté de ce diagnostic vient donc encore assombrir le pronostic de cette complication.

— *Les hémorragies* graves signalées un peu partout sont cependant une éventualité rare. Elles peuvent éventuellement revêtir l'aspect d'une anémie aiguë mais habituellement il s'agit de perte de sang répétée, qui de ce fait ne constitue un tableau grave qu'au bout de quelques jours.

— *L'ectasie colique* est une complication qui semble relativement fréquente mais sur laquelle on n'a insisté que récemment (VACHON, HILLEMAND)..

Elle peut se manifester autour de toute poussée de recto-colite mais en fait elle semble presque exclusivement l'apanage des formes aiguës.

Elle se manifeste cliniquement par une distension abdominale avec météorisme, souvent localisé et alors siégeant surtout au niveau du côlon transverse.

La radiographie de l'abdomen sans préparation montre un segment de côlon monstrueusement dilaté et qu'il est quelquefois difficile de distinguer d'un pneumopéritoine important.

La pathogénie a été extrêmement discutée. On a fait intervenir le rôle de l'hyperkaliémie, le rôle néfaste du traitement corticoïde, une atteinte des plexus nerveux intra-pariétaux, une irritation du sympathique colique qui n'étonne pas dans une maladie où le désordre neuro-végétatif est aussi important.

En fait, plus important est de savoir sa signification. En effet pour de nombreux auteurs, il peut s'agir d'un syndrome préperforatif ; de toute façon, elle indique pour la plupart formellement le traitement chirurgical ; l'intervention montre en effet très souvent un côlon dont la minceur pariétale est telle qu'il semble voué à la perforation dans un proche avenir.

II - L'EVOLUTION de ces poussées est absolument imprévisible.

A - Certaines ont une *évolution continue*. Pendant plusieurs semaines, plusieurs mois, le syndrome dysentérique et infectieux persiste, l'état général s'aggrave progressivement. Tous les traitements symp-

tomatiques ou à visée étiologique sont successivement mais vainement essayés.

Les symptômes qui au début ne paraissaient pas très importants finissent cependant par entraîner une baisse importante de l'état général : l'amaigrissement se chiffre quelquefois par dizaines de kilos, l'état infectieux empire, le malade finit par prendre un aspect concentrationnaire.

Le pronostic est de plus en plus réservé à mesure que les semaines passent ; et c'est dans ces cas qu'il est particulièrement difficile de se décider à poser l'indication du traitement radical avant qu'il ne soit trop tard dans l'espérance où l'on est toujours de voir survenir une rémission.

B - L'évolution à rechute est en effet la caractéristique habituelle de cette maladie.

— Quelle que soit la gravité de la poussée, après quelques jours, quelques semaines, ou même parfois quelques mois, une rémission peut survenir, souvent complète. La cédation des symptômes suit habituellement un traitement médical bien conduit, mais il est des cas, surtout dans les poussées aiguës, où différents traitements sont successivement essayés, et où la cédation survient brusquement, à tel point que l'on peut se demander s'il ne s'agit pas d'une guérison spontanée. Cette rémission qui est habituelle dans les formes bénignes, est beaucoup plus rare dans les formes gravissimes qui, en l'absence de traitement intensif, conduisent à la mort en quelques jours, quoique l'on ait pu observer quelques guérisons « miraculeuses ».

— *La rémission* est complète, tous les troubles disparaissent, l'état général s'améliore et il ne persiste souvent, dans les formes bénignes, aucune séquelle radiologique ou rectoscopique de la maladie. Dans les formes graves cependant, le côlon reste radiologiquement déformé et l'endoscopie peut montrer l'existence d'une muqueuse subnormale, mais moins épaisse, moins souple, parsemée de cicatrices blanchâtres, trace d'ulcérations antérieures.

— *La rechute* peut survenir plus ou moins longtemps après, parfois rythmée par les saisons, ou déclenchée par des traumatismes affectifs, le plus souvent de façon irrégulière et imprévisible (Obs. n° 30 où une de ces poussées fut déclenchée par un lavement baryté).

Elle va se produire sur un mode quelconque, et il est impossible de prévoir, d'après l'intensité de la première poussée, quelle sera la gravité qu'elle présentera.

C - LES FORMES CHRONIQUES

-- Souvent, de poussées en rémissions, de rémissions en rechutes, parfois d'emblée, les crises perdent leur caractère tranché pour se fondre en un syndrome continu, sur lequel de nouvelles poussées évolutives plus ou moins graves vont d'ailleurs pouvoir se greffer.

— S'installe alors un syndrome dysentérique chronique, parfois fruste, mais qui le plus souvent cause au malade une incapacité importantes, par le nombre des selles, par les douleurs coliques, par l'asthénie et l'amaigrissement progressif, par le déséquilibre psychique que tôt ou tard ces troubles entraînent.

— *Le diagnostic* ne présente alors pas de difficulté. Les éléments sont en effet suffisamment nombreux pour entraîner la conviction.

— La simple évolution clinique que précise l'interrogatoire du malade doit déjà amener à soupçonner la recto-colite hémorragique, diagnostic qui sera pratiquement confirmé par l'examen coprologique qui montre l'absence de parasites, de bacilles.

— Le lavement baryté montre des lésions coliques importantes : microcolie par rétrécissement du calibre et de la longueur du côlon qui est réduit à un mince ruban rigide et dont les angles sont effacés et arrondis, dont la réplétion et l'évacuation témoignent de la raideur pariétale. Dans plus de 50 % des cas existe un aspect ouaté, marbré, en mie de pain, pathognomonique de l'affection au stade chronique, traduisant la présence de pseudopolypes. L'intérêt majeur de cet examen est de montrer l'importance des territoires atteints : quelquefois tout le côlon, parfois seulement sa partie droite ou gauche. Il permet également de soupçonner l'atteinte iléale en montrant une dernière anse grêle dilatée, rigide.

— La rectosigmoïdoscopie enfin, montre des lésions évidentes et caractéristiques : ulcérations, pseudopolypes inflammatoires, quelquefois si volumineux qu'ils peuvent en imposer pour une lésion néoplasique et nécessiter la biopsie.

— C'est à cette période de la maladie que se manifeste un certain nombre de complications qui sont souvent l'élément décisif qui conduit le malade au chirurgien.

— *Complications locales* : Ce sont les abcès péri-coliques iliaques, ou pelviens, témoignant d'une perforation couverte, parfois spontanément évacués vers la peau, laissant une fistule entéro-cutanée incurable ou vers un organe creux, laissant des fistules caeco ou colo-sigmoïdiennes, entéro-sigmoïdiennes ou colo-vésicales. Lorsqu'ils accompagnent un syndrome dysentérique fruste, ces abcès peuvent poser d'assez difficiles problèmes de diagnostic, et

c'est l'évolution interminable de ces fistules, surtout l'irritation cutanée locale accompagnée d'ulcérations qui évoque cette maladie.

Lorsque ces abcès sont péri-rectaux, ils migrent vers le périnée, laissant des fistules péri-anales parfois multiples transformant le périnée en « pomme d'arrosoir », des scléroses péri-rectales, des ulcérations cutanées péri-anales et enfin les redoutables fistules recto-vaginales ou recto-vulvaires.

— Il existe aussi souvent des complications toxi-infectieuses à distance qu'il faut savoir rattacher au syndrome dysentérique : complications articulaires, atteignant plus volontiers les grosses articulations des membres, parfois spondylose rhizomélique ; complications cutanées : herpès, érythème, ou pyoderma gangrenosum ; complications oculaires : iritis.

Il faut signaler aussi les complications hépatiques, simple stéatose hépatique, pouvant régresser parallèlement à l'amélioration des troubles, mais parfois aussi cirrhose de mauvais pronostic. Le rein également peut être atteint : néphrite tubulaire ou amylose.

— C'est surtout *le cancer* qui représente la complication la plus grave. Il est d'autant plus redoutable que son diagnostic en est habituellement difficile.

— Cliniquement en effet, ces symptômes se confondent avec ceux de la maladie : syndrome dysentérique, hémorragie intestinale, qui n'étonnent pas chez un malade qui présente de tels symptômes depuis des mois, voire des années. Il est cependant des cas où une occlusion aiguë obligeant à l'intervention vient le démasquer.

— Le lavement baryté n'a habituellement pas tellement pris de valeur puisqu'il est extrêmement fréquent de constater sur ces côlons malades depuis longtemps la présence de rétrécissement. Il faut donc *a priori* se méfier de telles constatations radiologiques et savoir suspecter le cancer devant toutes images de sténose (BARGEN). Cependant dans certains cas des images plus caractéristiques peuvent se rencontrer, classiques images en verre de montre que nous avons observées une fois (Obs. n° 27).

— Seuls les cancers bas situés, facilement accessibles à l'endoscopie, peuvent être facilement reconnus. De toutes façons, si l'on hésite, cette exploration permet la biopsie de toutes zones suspectes.

CHAPITRE III

Méthodes chirurgicales

I. — LES OPERATIONS DE DERIVATION

Elles ont été les premières proposées : leur but était de mettre l'intestin au repos et de permettre ainsi la cicatrisation des lésions.

— *La colostomie*, à condition d'être faite à éperon dérive bien les matières. Mais elle ne peut qu'exceptionnellement être employée puisque la maladie est habituellement étendue à tout le côlon (ou qu'il est au moins difficile de préciser les limites exactes de l'atteinte colique).

— *L'iléostomie* est donc pratiquement la seule dérivation possible.

— Au début elle a été faite par simple extériorisation de la fin de l'iléon sur une baguette de verre ; les résultats désastreux obtenus, tant dans cette affection que dans d'autres maladies, ont conduit à en améliorer la technique.

— *L'iléostomie terminale*, que l'on a proposée ensuite a pu donner de meilleurs résultats. Mais il s'agit souvent d'une intervention plus difficile, plus longue et qui fait perdre à cette dérivation isolée le caractère de bénignité qu'on a voulu lui donner.

Toutes ces interventions palliatives, outre les inconvénients inhérents à l'iléostomie, ont un défaut majeur : celui de laisser en place le côlon malade ; et on a vu malgré la dérivation, l'évolution se poursuivre inexorable et même des complications se manifester (perforation).

L'idée s'est ainsi fait jour, peu à peu, que seule l'ablation du côlon malade pouvait obtenir la guérison, idée d'autant plus longue et difficile à s'imposer que l'intervention proposée, dans l'ignorance où nous nous trouvons de l'étiologie de la maladie, ne pouvait être qu'une colectomie plus ou moins totale et que cette opération devait s'appliquer à des malades dont la fragilité pouvait laisser présager le pire.

II. — LES OPERATIONS D'EXERESE

1 - *L'exérèse colique* : enlevant tout le côlon jusqu'à la jonction recto-sigmoïdienne, c'est une opération qui autrefois paraissait redoutable. Mais le progrès de l'anesthésie générale et de la réanimation en ont bien diminué l'importance. Quelques points techniques sont cependant à préciser.

— *La voie d'abord* : l'incision importe peu, chacun a ses préférences, ses habitudes. Elle doit cependant respecter deux impératifs :

— Etre large de façon à donner une vue sur tout le côlon et d'en permettre facilement l'exérèse (surtout pour l'angle gauche) ;

— Se situer sur la ligne médiane ou à gauche de façon à laisser vierge la partie droite de l'abdomen pour que les cicatrices ne gênent pas l'appareillage d'une éventuelle iléostomie.

Ce sera donc, suivant les préférences de chacun, une grande médiane xyphopubienne, une transrectale, ou une paramédiane gauche (incision que nous employons actuellement dans la plupart des cas).

— *La libération du côlon* sera menée de droite à gauche. Ce temps est généralement facile, d'autant que la ligature du méso peut se faire, en l'absence de dégénérescence maligne, au ras de l'intestin. Il faut cependant se méfier de la très grande fragilité de la paroi colique qui peut surprendre parce que toujours beaucoup plus importante encore que ne le laissent prévoir les descriptions : c'est un côlon mou, à parois œdématisées, de consistance carton mouillé. Il est quelquefois, lorsqu'il est dilaté, mince comme une feuille de papier à cigarette. Parfois la seule pression des doigts suffit à le déchirer, à le perforer, ce qui provoque une inoculation septique du grand ventre, source de complications graves dans les suites opératoires. Cette difficulté est particulièrement sensible lors de la libération de l'angle gauche. Aussi faut-il mobiliser le côlon avec de grandes précautions, sans jamais le prendre lui-même mais en se servant pour cela de son méso, de son épiploon.

— *La péritonisation*, qui se trouve facilitée par la section au ras du côlon, ne pose finalement de problèmes qu'au niveau des larges surfaces que laisse le décollement des angles coliques. Elle n'est cependant pas obligatoire. MIALARET et BUSSON ont vu, lors de réintervention, que les fosses lombaires apparaissent recouvertes d'une pellicule mince, jaunâtre, dont la coloration tranche sur celle du péritoine normal. Aussi après avoir péritonisé autrefois dans tous les cas, nous abstenons-nous actuellement de ce temps. Nous n'avons pas d'ailleurs observé, depuis, plus de complications.

— *Après fermeture* de l'arrière-cavité des épiploons par suture du méso-transverse au grand épiploon, qu'il vaut mieux conserver, la paroi abdominale est fermée en laissant dans les fosses lombaires deux gros drains qui ressortent par une contre-incision.

2 - *Conduite à tenir vis-à-vis du rectum, canal anal, anus.*

— Leur exérèse a été proposée dans le même temps que la colectomie, réalisant les colo-recto-proctectomies totales.

Après la libération du côlon, on procède comme pour une amputation abdomino-périnéale : dissection poussée du rectum par voie abdominale, puis un court temps périnéal permet de compléter cette exérèse.

Cette intervention n'a en fait que peu d'avantages, si ce n'est d'imposer au malade un seul temps opératoire.

En fait, en regard, ses inconvénients apparaissent importants :

— Elle augmente la gravité de l'acte opératoire, qu'elle peut allonger parfois considérablement ; par ailleurs elle impose un changement de position, ce qui représente très souvent un facteur de choc ; et surtout elle oblige à l'ouverture des espaces cellulux péri-rectaux, espaces dont on connaît le peu d'aptitude à se défendre contre l'infection.

— Enfin, cette exérèse immédiate du rectum et du canal anal coupe définitivement les ponts et ne permet plus d'envisager un rétablissement ultérieur de la continuité.

— Aussi habituellement cette exérèse est-elle repoussée à un temps ultérieur.

Quelle attitude adopter vis-à-vis du bout colique inférieur ? Plusieurs possibilités s'offrent avec leurs avantages et leurs inconvénients respectifs.

— Le sectionner, le fermer puis l'enfouir sous une péritonisation, est parfois la seule solution lorsque la section a porté bas sur le rectum. En fait, il s'agit là d'un procédé peu sûr, car il peut donner d'importantes complications : lâchage de la suture colique conduisant à des infections terribles du petit bassin.

— L'aboucher à la paroi. Cette technique n'est possible que si la section porte en amont de la jonction recto-sigmoïdienne. En effet, on ne peut aboucher le rectum lui-même que si on le fait monter, ce qui oblige donc à ouvrir les espaces cellulux du petit bassin.

— *Les recto-proctectomies* faites dans un deuxième temps nécessitent souvent l'emploi d'une double voie abdominale et périnéale.

— L'amputation abdomino-périnéale par voie combinée sera menée suivant la technique classique employée dans les cancers du

rectum, à cette différence près que la dissection est conduite ici au plus près de la paroi rectale. Les releveurs notamment, sont sectionnés au contact du rectum (on espère ainsi ménager au maximum les nerfs du petit bassin et éviter les troubles vésicaux et génitaux que l'on observe si souvent après ces interventions).

Nombreux sont les auteurs qui mènent la plus grande partie de la libération par voie abdominale jusqu'à la jonction cutanéomuqueuse repérée par une couronne de pinces posées avant l'intervention. Le temps périnéal se trouve ainsi très réduit et facile : section de la jonction cutanéomuqueuse et fermeture de la plaie sur un gros drain.

— La voie périnéale pure parfois suffira, seule, à enlever un court moignon rectal, lorsque dans la colectomie totale la section du rectum a été repoussée très bas.

III. — LES MANIERES DE TERMINER L'EXERESE

Après colectomie totale, deux possibilités s'offrent :

— Faire une iléostomie, définitive ou provisoire, qui représente encore actuellement l'éventualité la plus fréquente ;

— Faire une anastomose entre l'iléon et le bout colique inférieur, rétablissement de la continuité qui pourra être effectué immédiatement ou dans un temps ultérieur.

1 - L'ILÉOSTOMIE.

Les progrès réalisés dans sa confection et dans son appareillage méritent de lui faire perdre l'effroyable réputation qu'elle avait autrefois.

A - *Sa réalisation* semble en effet résolue par l'emploi de la technique de BROOKE, modifiée par TURNBULL, technique dite de « l'éversion ou de la greffe muqueuse ». C'est ce procédé qui semble actuellement avoir rallié tous les suffrages.

— *Le siège* doit en être rigoureusement choisi. Il faut, avant l'opération, appliquer une maquette du futur appareillage et en dessiner les contours, en tenant compte autant que possible des variations de poids post-opératoire. Elle doit se situer à un endroit où la peau est plate et lisse pour permettre une bonne fixation de l'appareillage. Le lieu d'élection se situe à la fosse iliaque droite, à distance égale

de l'ombilic et de l'épine iliaque antéro-supérieure, au-dessous de la ceinture (surtout chez les femmes pour lesquelles l'ampleur de la jupe permet sa dissimulation), à distance, également, de la ligne d'incision principale. Les Américains la situent beaucoup plus bas, quelques centimètres au-dessus de l'arcade crurale.

— *La technique.* On la réalise généralement en fin d'intervention.

— On découpe, au point choisi, une rondelle de peau dont le diamètre doit être légèrement supérieur à celui de l'intestin.

— Après avoir incisé verticalement au bistouri l'aponévrose, les muscles et le péritoine, on dilate au doigt l'orifice ainsi obtenu.

— Le segment terminal du grêle est attiré avec précaution à l'extérieur, en évitant les pinces trop traumatisantes. 6 cm sont ainsi extériorisés.

Deux gestes essentiels restent à faire :

— Après avoir dépouillé de son mésentère la moitié de la longueur de cet intestin extériorisé, on suture la tranche mésentérique au péritoine pariétal antérieur. Ce geste évite en principe la rétraction et le volvulus de l'anse grêle. Il est également extrêmement important de bien suturer le mésentère dans toute la concavité de la paroi pour éviter l'occlusion par engagement d'une anse grêle.

— Il faut enfin éverser le grêle extériorisé : deux pinces introduites dans la lumière intestinale immobilisent la muqueuse ; on peut alors retourner en doigt de gant la paroi intestinale (dont la séreuse a été préalablement frottée à l'alcool pour permettre aux parois de coller plus rapidement) ; on fixe alors le bord libre à la peau par des points séparés au nylon. Certains auteurs (TURNBULL en particulier) résèquent le manchon séro-musculaire de la partie terminale de l'anse extériorisée avant de la retourner.

B - L'évolution de l'iléostomie : GABRIELLE dans sa thèse faisait une large place aux complications de l'iléostomie. Actuellement la plupart d'entre elles ont disparu du fait de l'adoption de cette technique particulière d'iléostomie.

Il persiste cependant un certain nombre d'ennuis possibles.

— *Les occlusions* ne sont pas exceptionnelles (GOLIGHER 6 sur 29, Pierre BERTRAND 2 cas sur 30) dont la cause est surtout mécanique. Soit par agglutination d'anses ; c'est un des arguments en faveur de la péritonisation après colectomie totale (en fait dans ce cas c'est plus la colectomie que l'iléostomie qui est responsable de l'accident). Soit par incarceration d'anses dans une brèche péritonéale, ce qui peut habituellement être évité par une bonne fixation de la dernière anse iléale au péritoine pariétal.

— *Prolapsus* généralement dû à un orifice trop grand, ou à une mauvaise fixation de l'anse à la paroi.

— *La rétraction* qui peut provenir :

— soit d'un lâchage de la suture du mésentère au péritoine pariétal dont le traitement est de ce fait facile ;

— soit par attraction à l'intérieur de la cavité abdominale et du cylindre interne du grêle. BROOKE propose pour son traitement une intervention par voie extra-péritonéale : après avoir attiré de nouveau à l'extérieur l'iléostomie par des pinces non traumatisantes, section longitudinale du cylindre externe sur son bord antimésentérique dont il fixe les parois au cylindre interne par des points séparés extra-muqueux.

— *Les lésions cutanées* restent parmi ces complications les plus ennuyeuses sinon les plus fréquentes. Parfois réduites à peu de chose, survenant le premier jour lors de la mise en marche de l'iléostomie, elles peuvent, dans certains cas, devenir beaucoup plus importantes : irritation cutanée accompagnée d'ulcérations plus ou moins profondes, ressemblant très souvent à celles que l'on trouve autour de l'anus ou autour des fistules coliques de malades présentant une recto-colite hémorragique. Leur traitement en est difficile ; il est surtout préventif : fixation de l'appareillage immédiatement après l'intervention, protection de la peau exposée par différentes pommades ou poudres ; lorsqu'elles sont déclarées leur traitement est beaucoup plus difficile et consiste uniquement à protéger la peau pour laisser cicatriser les lésions. Leur gravité oblige parfois à changer la place de l'iléostomie.

C - *Les avantages* : c'est une manière simple et rapide de terminer une opération quelquefois un peu longue chez des malades souvent graves. C'est en tout cas la manière la plus sûre pour obtenir la guérison ; elle n'empêchera de toute façon pas, si l'on conserve le bout colique inférieur d'envisager, si l'on veut, un rétablissement ultérieur de la continuité.

D - *Les inconvénients* apparaissent cependant majeurs. Ils sont de deux ordres :

- Psychologique
- Fonctionnel

— *Psychologique* : s'adressant le plus souvent à des sujets jeunes, il semble que cette dérivation doive constituer une infirmité difficilement tolérée. En fait d'importantes statistiques américaines et

australienues pour la plupart prouvent que ces malades s'en accommodent fort bien, car mieux que les médecins, ils peuvent mettre en balance les inconvénients respectifs de leur iléostomie et de leurs maladies ; ayant souvent retrouvé une santé en tous points parfaite, ils peuvent mener une vie pratiquement normale : ils travaillent régulièrement, se marient, ont des enfants ; ils sont d'ailleurs aidés considérablement par leur groupement en club, où ils peuvent établir des contacts, échanger des petites modifications d'appareillage qui leur rendent la vie plus facile.

— *Fonctionnel* : il s'agit en effet d'une dérivation portant sur le grêle dont on connaît le caractère fluide, abondant et corrosif des sécrétions. Pour pallier ces inconvénients inhérents au siège sur le grêle de la dérivation, divers conseils peuvent être donnés aux malades opérés :

— Portant sur le régime à suivre. On s'est aperçu en effet qu'un régime bien conduit et un horaire fixe des repas amenaient un fonctionnement régulier de la dérivation et une excrétion pâteuse qu'il devient dès lors plus facile de contrôler. La difficulté vient en fait de ce qu'aucun régime n'est standard : chaque malade doit faire lui-même l'essai des aliments pour retenir ceux qui lui conviennent le mieux.

— Un soin particulier doit être apporté à la protection de la peau autour de la bouche d'iléostomie ; c'est le rôle surtout des appareillages.

— Appareillage qui, malgré les progrès réalisés, sont encore bien imparfaits ; ils sont de deux types : collés ou appliqués.

Collés : un anneau fixe est collé sur la peau par un enduit spécial ; le diamètre de cet anneau est tout juste supérieur à celui de l'intestin de façon à ce qu'aussi peu de peau que possible se trouve exposée. Une poche amovible est fixée à ce montant et sera seule changée au cours de la journée. D'un maniement commode, l'anneau étant fixé seulement tous les 8 jours et ne demandant aucun entretien (les poches enlevées sont jetées), il représenterait presque la perfection s'il n'était souvent difficilement supporté ; certaine peau s'accommode en effet mal du produit adhésif et au bout de quelque temps une irritation cutanée empêche de poursuivre son application.

Appliqués : dont il existe de très nombreux types ; le principe est exactement le même que le précédent (anneau fixe, poche amovible), mais la fixation est faite par une ceinture, ce qui la rend plus encombrante mais moins précise.

Si importants que paraissent ses inconvénients l'iléostomie a représenté pendant longtemps et représente encore pour beaucoup et dans de nombreux cas, la seule chance de guérison stable.

2 - LE RÉTABLISSEMENT DE LA CONTINUITÉ.

Les différents procédés de rétablissement de la continuité digestive après colectomie totale sont nés du désir des chirurgiens de donner aux malades les mêmes chances de guérison, mais avec un confort supérieur. Mais la multiplicité des procédés proposés rend compte des difficultés que l'on rencontre lorsqu'on essaye de concilier des impératifs de la chirurgie d'exérèse à un résultat fonctionnel convenable.

A - *Les anastomoses iléo-anales* : sont théoriquement très séduisantes. Elles permettent en effet une exérèse complète de toutes les lésions intestinales tout en espérant rétablir un transit normal puisqu'elle est censée conserver la fonction sphinctérienne.

En fait il s'agit d'une opération grave, de réalisation technique difficile et dont les résultats fonctionnels sont incertains.

— *Difficultés techniques* :

— Il est souvent malaisé d'abaisser au fond du pelvis une anse grêle sans tendre ou couder son mésentère sur la saillie du promontoire.

— L'anastomose est rendue délicate par la profondeur du champ opératoire. On a proposé, pour la faciliter, de la faire à l'extérieur, entre canal anal retourné et attiré en dehors du périnée et l'anse grêle attirée dans sa lumière. DEVINE et WEBB, GILBERTAS et BEST entre autres préfèrent le « pull through » proposé par RAVITCH et SABISTON, ce qui en principe évite les aléas d'une suture réalisée dans des conditions techniques difficiles et dont l'étanchéité est douteuse. Mais ces procédés ont l'inconvénient d'accroître encore la tension du mésentère et les troubles de la vascularisation qui en découlent.

— Ces difficultés qui sont déjà importantes lorsque l'anastomose est pratiquée dans le même temps que la colectomie totale, se trouvent considérablement accrues lorsque l'on veut la pratiquer dans un deuxième temps, quelques mois après l'opération d'exérèse. Les adhérences que l'on rencontre alors dans le fond du petit bassin rendent ces sutures encore plus précaires.

— *Incertitudes fonctionnelles* :

Les résultats obtenus montrent en effet que l'on oscille entre la menace d'occlusion et l'incontinence (réalisant une iléostomie anale inappareillable qui est la pire des infirmités).

— On peut voir en effet au début de véritables occlusions : l'anse grêle située au-dessus d'un sphincter trop tonique ne peut se vider. On a proposé pour pallier cet inconvénient l'intubation de l'anastomose par un gros drain de caoutchouc. Mais c'est là en fait accroître les dangers de fistulisation car l'anastomose se trouve alors comprimée et des ulcérations peuvent se produire au contact du drain.

— En réalité plus souvent c'est un problème d'incontinence qui se trouve à résoudre. (Thèse de CHAMOUTON, Lyon 1960).

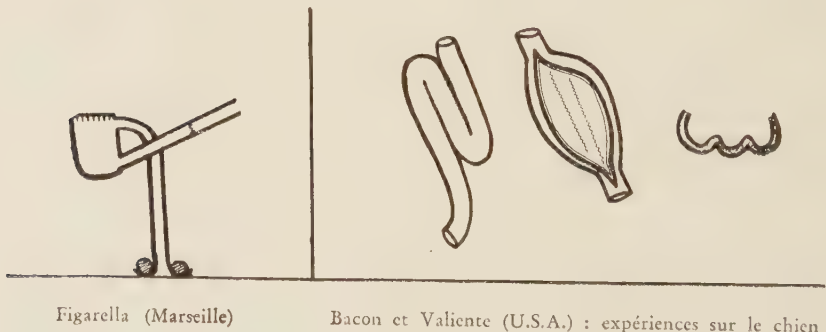
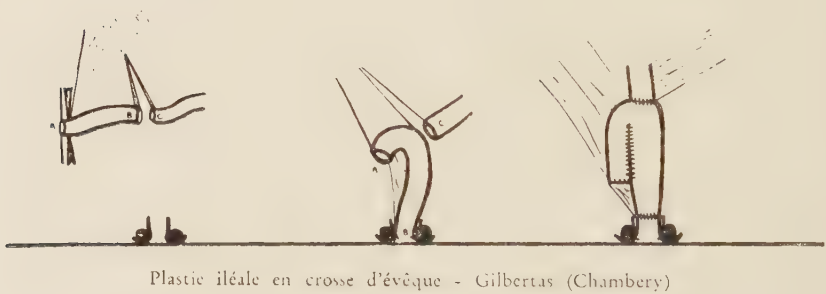
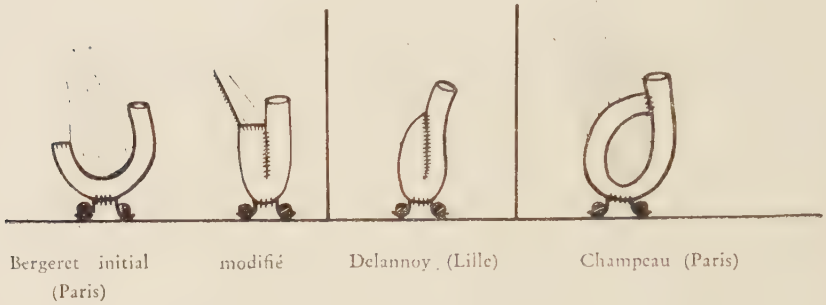
Le problème du stockage des matières : les auteurs, surtout français, ont cherché à reconstituer un réservoir pré-anal destiné à assurer un stockage et une déshydratation suffisante des matières. Divers procédés ont été proposés. BERGERET le réalise en laissant un cul-de-sac de l'anse grêle en aval de l'anastomose latéro-terminale iléo-anale, les matières faisant ainsi un « looping the loop ». CHAMPEAU modifie ce procédé en anastomosant sur l'anse grêle abaissée l'extrémité borgne du cul-de-sac laissé par BERGERET et réalise ainsi une sorte de circuit servant de stockage des matières. Le procédé de DELANNOY est similaire. GILBERTAS réalise un néo-rectum en isolant une anse grêle dont une extrémité est abaissée en anastomose transanale et dont l'autre extrémité est repliée sur elle-même. Le réservoir est constitué par une large anastomose latéro-latérale entre les jambages de l'anse. La continuité digestive est rétablie par une anastomose termino-latérale de l'iléon sur la convexité de l'anse isolée. C'est la plastie dite en « crosse d'évêque ».

Tous ces procédés ont permis d'obtenir quelques beaux succès. Mais ils ont été pratiqués trop rarement et de façon trop isolée, et des échecs trop cuisants ont été enregistrés pour que l'on puisse les appliquer systématiquement.

Le problème de la continence sphinctérienne : toutes ces opérations, en diminuant la fréquence des selles par stockage et déshydratation, ne permettent en aucune façon le contrôle automatique ou volontaire de leur émission qui se fait souvent de façon imprévue.

Pour qu'une certaine continence persiste, il faut conserver l'appareil anal et la partie inférieure de l'ampoule rectale au besoin dépouillée de leur muqueuse, et l'abaissement de l'iléon à travers le cylindre musculaire ano-rectal ainsi conservé. Pour cela, il faut cliver l'espace sous-muqueux ano-rectal infiltré par la Novocaïne (DEVINE)

LES VARIANTES TECHNIQUES VISANT A RESOUDRE LE PROBLEME
DU STOCKAGE DES MATIERES DANS LES ILEOANOSTOMIES



ou le sérum adrénaliné (Roux). La préservation d'une collerette du bas rectum permet en effet de conserver le point de départ du réflexe sensitif de la défécation. La présence de l'atmosphère celluleuse qui entoure le bas rectum en dedans des releveurs de l'anus est indispensable à l'intégrité des voies nerveuses qui conduisent l'influx sensitif de l'arc réflexe sphinctérien.

L'utilisation de cette technique semble actuellement réservée à des cas particuliers. Une certaine désaffection apparaît à travers la littérature que l'on comprend facilement lorsqu'on constate l'infirmité effroyable que représentent ces anastomoses lorsqu'elles fonctionnent mal. Nous l'avons tenté deux fois (Obs. 4 et 5) : les deux malades sont morts dans les suites immédiates.

B - *Les anastomoses iléo-sigmoïdiennes* sont certainement techniquement et fonctionnellement les plus satisfaisantes.

— Techniquement en effet, elles ne diffèrent en rien des opérations réglées, réalisées pour cancer du côlon. L'anastomose est faite entre deux segments intestinaux faciles à atteindre.

— Fonctionnellement, en l'absence de lésion intestinale, elles sont parfaites. Tout le système sphinctérien est en effet conservé et le problème du stockage des matières se trouve résolu par la conservation de tout le rectum et d'une partie du sigmoïde.

Mais en fait, elles sont rarement réalisables puisque, comme nous l'avons vu, les lésions maxima siègent souvent au niveau de la région sigmoïdienne. Elles n'auront donc d'indication que dans les formes localisées de la maladie.

C - *Les anastomoses iléo-rectales* paraissent entre ces deux extrêmes une méthode d'utilisation plus courante.

— Elles sont en effet techniquement assez facilement réalisables. Elles se font entre le rectum sectionné au niveau du cul-de-sac de Douglas ou un peu au-dessus et le grêle. La complaisance du mésentère est toujours suffisante et permet au chirurgien d'exécuter sans traction et à sa guise un abouchement termino-terminal, termino-latéral, latéro-latéral, ou des montages plus complexes, tel celui en 6 de chiffre qu'à décrit récemment BARRON. La vascularisation des bouts intestinaux en présence est convenable et la richesse de l'irrigation iléale vient conférer à ces anastomoses la sécurité classique.

— Fonctionnellement elles sont généralement parfaites. Si le sphincter est bon, comme toutes les manœuvres passent à distance des éléments nerveux principaux, et comme la conservation d'un moignon de rectum assure un réservoir de capacité suffisante, on

est en droit de promettre au malade une continence pratiquement normale et les résultats viennent d'ailleurs confirmer ces espoirs.

— Mais on leur a reproché d'obliger à une limitation de l'exérèse. En effet, si l'on admet qu'il faut enlever tout l'intestin malade, elles ne sont alors applicables qu'à une proportion restreinte de cas, ceux où le rectum est sain ; ce qui ne représente que 10 % au plus des cas chirurgicaux de recto-colite hémorragique. Si l'on veut étendre ces indications on laisse alors en place un rectum souvent malade, source de troubles possibles ultérieurs ; l'anastomose pratiquée alors en tissus friables et œdédiatisés peut rendre précaires ces sutures, conduire à des fistules interminables qu'il est difficile de mettre en balance avec une bonne iléostomie.

En fait ces reproches sont peut-être exagérés :

— Beaucoup d'auteurs estiment que non seulement le moignon rectal vaut la plupart du temps d'être conservé, mais encore qu'il se prête le plus souvent à une anastomose après laquelle ses lésions sont susceptibles de régresser, voire de guérir. AYLETT, s'appuyant sur une statistique de 120 cas, fournit les arguments suivants :

- L'irréversibilité des lésions ulcéreuses est une idée qui n'est pas en plein accord avec les faits : les ulcérations rectales peuvent disparaître même dans les cas qui ont nécessité un traitement chirurgical.

- Les pseudo-polypes eux-mêmes sont réversibles.

- En comparant des biopsies rectales faites avant colectomie totale et après anastomose iléo-rectale, AYLETT a constaté la disparition des lésions inflammatoires aiguës, la réépithélialisation de la muqueuse rectale à partir des îlots muqueux encore sains. Certes, reconnaît-il, la disposition glandulaire complexe de l'intestin normal ne se reconstitue pas dans sa parfaite intégrité, mais elle fournit néanmoins une bordure satisfaisante à un rectum qui, bien que rendu moins extensible et plus rigide par la fibrose, est encore capable de fonctionner le plus efficacement du monde.

- Enfin, un élément essentiel du succès de cette conservation rectale, réside dans le caractère complet de la colectomie sus-jacente qui doit inclure le côlon pelvien dans sa totalité : c'est ici que le plus souvent les lésions sont à leur maximum et si l'on conserve le côlon pelvien l'élément toxémique de la maladie persiste inchangé et les ulcérations de l'intestin sous-jacent ne cicatriseront pas.

De plus en plus nombreux sont en Europe les chirurgiens qui se rallient aux conceptions d'AYLETT. Les conclusions de DUPREZ et GÉRARD au Congrès Belge de Chirurgie de 1959 dégagent « le souci d'économie dans la résection, de prudence dans la conservation, de

préserver la fonction sphinctérienne chaque fois que la chose est possible ».

— Si les lésions peuvent donc incontestablement guérir après l'anastomose, il n'en reste pas moins vrai que les sutures seront pratiquées sur des tissus de qualité douteuse donc susceptibles de désunion. C'est pour pallier cet inconvénient que l'on a proposé :

- Soit une opération en deux temps. Dans le premier temps on pratique la colectomie et l'iléostomie ; dans le deuxième temps, quelques mois après, le moignon ayant été traité localement, l'anastomose est pratiquée, mais elle est de réalisation difficile. En effet, il s'agit d'une part, d'une réintervention et les adhérences rendent difficile l'accès du petit bassin et d'autre part le moignon rectal qui est souvent difficile à trouver présente le plus souvent des parois épaissies et une lumière n'admettant souvent pas le petit doigt. Il faut donc réséquer une partie de ce rectum restant avant de réaliser l'anastomose, ce qui sous-entend que l'on a laissé lors du premier temps un long moignon.

- Soit en protégeant l'anastomose pratiquée à la fin de la colectomie totale par une dérivation portant sur le grêle : soupape latérale, en avant de l'anastomose (Safety valve ileostomy d'AYLETT) soit même en aval (CORBETT), en abouchant le segment distal de l'iléon à la peau, au delà d'une anastomose latéro-terminale sur le



Fig. 2. — A gauche, technique d'Aylett ;
à droite, technique de Corbett.

rectum. En fait, malgré ces précautions, l'anastomose reste au contact d'une partie des matières liquides du grêle, aussi notre Maître le Professeur Pierre BERTRAND a-t-il imaginé un procédé en deux temps qui apporte à l'anastomose la sécurité de l'exclusion tout en évitant les difficultés de l'opération en deux temps.

D - LE PROCÉDÉ DE LA GREFFE ILÉALE.

Au point de vue tactique le temps de la colectomie totale proprement dite, dont la section distale a porté en pleine ampoule rectale,

et celui d'iléostomie terminale contemporaine n'ont rien de particulier et ne nous retiendront pas.

Il faut discuter plus en détail :

— La conduite vis-à-vis du greffon iléal d'une part, et de l'autre le temps secondaire de rétablissement de la continuité.

• Les gestes dirigés sur le greffon intestinal sont successivement :

— *Son prélèvement* : il porte au niveau de la dernière anse iléale en un point où le mésentère descend bien, et obéit aux règles d'hémostase minutieuse et de respect de la vascularisation de l'anse après examen attentif de la disposition de ces arcades artérielles et de leurs piliers (*fig. 3*).



Fig. 3

— *Le traitement du bout proximal* : dans notre premier cas (obs. 23) nous avons laissé le bout proximal à la peau pour pouvoir éventuellement réaliser une irrigation du rectum par cette voie et surtout pour garder une décharge en amont de l'anastomose iléo-rectale après rétablissement de la continuité iléale. Cette précaution

nous ayant paru superflue, chez notre deuxième malade ainsi traité, nous avons suturé et enfoui le bout proximal lors du premier temps. Les difficultés que nous avons alors eues à retrouver l'extrémité du greffon iléal lors du deuxième temps nous ont fait regretter cette attitude et nous nous sommes décidés dans les autres cas à l'amarrer à la paroi pour éviter une recherche laborieuse (fig. 3 et 4).



Fig. 4

— *Le greffon iléal* est disposé dans le pelvis en veillant à ce qu'aucune torsion vasculaire ne se produise. Il vient en tout cas aisément au contact du rectum. L'anastomose est en règle facile ; nous l'avons faite latéro-terminale la première fois, termino-terminale les autres fois et nous préférons, d'une manière générale, cette dernière manière de faire.

En raison de l'état inflammatoire de la muqueuse rectale, nous ne faisons pas de plan muqueux qui nous paraît aussi difficile qu'illusoire. Nous restons cependant toujours fidèles à l'anastomose en deux plans, à points séparés, au fil non résorbable.

— La *péritonisation* est menée à bien sans difficulté en raison de l'économie dans l'exérèse péritonéale et méso-colique qu'autorise le caractère non néoplasique de l'affection.

— Le *drainage* : dans le premier cas nous avons mis en place un drain pré-coccygien. Il n'est pas sûr qu'il ne soit pas en cause dans l'apparition de la fistule post-opératoire. En tous cas nous n'en avons pas remis depuis et n'avons pas eu à le regretter.

— Enfin l'intervention est terminée par une iléostomie terminale réalisée suivant la technique de BROOKE.

b) Le temps secondaire de rétablissement de la continuité est entrepris quelques semaines ou quelques mois plus tard. Ce traitement est techniquement assez simple. Il nécessite :

— La libération des deux anses grêles, partie supérieure du greffon et anse iléostomisée. Cette libération doit prendre garde à ne pas blesser le mésentère de cette dernière anse amarré à la paroi.

— L'avivement de l'anse iléostomisée par résection de son extrémité traitée au cours du premier temps à la manière de BROOKE : on s'assure de sa suffisante vascularisation par l'abondance du saignement au cours de ces manœuvres.

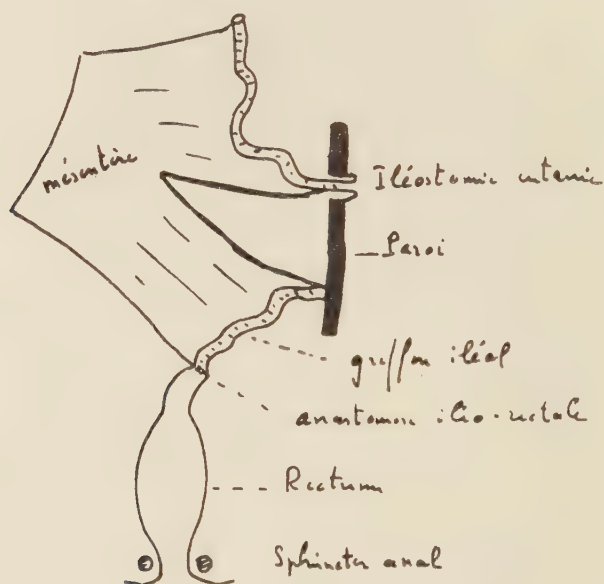


Fig. 5

— L'anastomose iléo-iléale ne pose en elle-même aucun problème particulier.



Fig. 6 — Schéma du procédé proposé.

— Dans notre première observation nous avons gardé le bout proximal du greffon amarré à la peau et avons dans le deuxième temps réalisé une anastomose iléo-iléale termino-latérale gardant une soupape sur le grêle, agissant donc un peu à la manière d'AYLETT. Nous n'avons pas jugé utile de renouveler ce geste, la mise en circuit secondaire de l'anastomose iléo-rectale nous paraît une garantie suffisante puisque son état peut être vérifié pré-opératoirement par rectoscopie et radiographie.

Cette technique nous semble présenter deux avantages principaux :

— sa facilité relative ressort des considérations anatomiques et techniques : absence de fraction des sutures, aisance de la péritonisation, tandis que la longueur du greffon prélevé permet de réaliser sans effort l'anastomose iléo-iléale lors du deuxième temps.

— mais la sécurité est sans doute l'argument majeur en faveur de ce procédé. Les désunions d'anastomose faites en tissus rectaux inflammatoires sont aussi fréquentes que le laisse prévoir l'aspect de la tranche rectale à l'intervention et tous les cas n'en sont certainement pas publiés. Cet incident est d'ailleurs survenu lors de notre première tentative (Obs. n° 23), mais son traitement a été facile et le malade à aucun moment n'a couru de danger vital.

Ce procédé ne prétend pas pouvoir être appliqué dans tous les cas, en particulier dans ceux où le rectum est très profondément

atteint et remanié par la maladie, mais nous semble devoir prendre une place importante parmi les autres procédés de rétablissement de la continuité applicables dans les cas habituels de recto-colite hémorragique.

Un procédé en tout point analogue a d'ailleurs été décrit à la même époque par RIBET, de Lille, dans un article paru dans la *Presse Médicale* (**70** : 1537-1538, 1962).

CHAPITRE IV

Indications du traitement chirurgical

Il est difficile d'apprécier le nombre de malades atteints de rectocolite hémorragique justiciables de la chirurgie. Les statistiques des chirurgiens sont en effet faussées par le fait que les malades qu'ils voient leur sont directement adressés pour intervention.

Il ressort des différents chiffres publiés que 20 à 25 % de rectocolites hémorragiques demandent finalement une indication chirurgicale (GALL 25 %, TURNBULL 20 %, GORDON UNGLEY 25 %). Mais en fait en France la proportion actuelle est certainement moindre puisque le nombre de formes graves, les plus chirurgicales, est infiniment moindre que dans les pays anglo-saxons.

Il s'agit d'une maladie dont le traitement reste évidemment très médical. Et ce qui justement est très difficile à préciser ce sont les critères de l'insuffisance de ce traitement, et partant du moment où il faut confier le malade au chirurgien.

Si pour les formes compliquées le problème souffre peu de discussion (encore que le diagnostic n'en soit pas toujours facile), pour les formes aiguës et surtout pour les formes chroniques, dans lesquelles le traitement médical possède une efficacité certaine mais non absolue, la réticence des médecins devant un traitement chirurgical non exempt de dangers et que son caractère radical rend parfois difficile à admettre, risque d'aboutir au fait encore trop fréquent où les malades sont confiés aux chirurgiens dans un état grave, parfois catastrophique et où de ce fait les possibilités du traitement conservateur sont réduites et les risques vitaux considérables.

I. — LES FORMES GRAVES.

Nous envisagerons dans ce chapitre à la fois les formes fulminantes et les formes aiguës où les problèmes tactiques sont identiques et où seul diffère le moment qu'il faut choisir pour intervenir.

A - QUAND OPÉRER ?

Les formes fulminantes sont si graves que CRILE et THOMAS admettent que actuellement 36 % au moins de ces malades meurent avant que tout traitement ait pu leur être appliqué. Il s'agit de véritables moribonds pour lesquels se pose le problème de la légitimité de la chirurgie.

Si quelques auteurs restent résolument chirurgicaux, et admettent que ces malades relèvent de la chirurgie d'urgence, la plupart, cependant, confient d'abord leurs malades au traitement médical dans l'espoir de pouvoir les opérer dans de moins mauvaises conditions.

Et de fait, l'association des antibiotiques, et surtout des sulfamides, des corticoïdes, de la rééquilibration hydro-électrolytique, protéique et globulaire est capable d'amener une amélioration, une rémission, quelquefois même une guérison dans des cas qui paraissent désespérés.

Mais l'action spectaculaire de cette thérapeutique ne doit pas faire oublier qu'elle est quelquefois insuffisante et qu'elle peut donner une fausse sécurité. Malgré elle en effet, l'aggravation progressive peut se poursuivre, parfois même une complication survenir (et les perforations ne sont presque jamais bruyantes chez ces malades). L'acte chirurgical devient alors d'une effroyable gravité alors qu'il aurait pu être plus tôt, salvateur (LAHEY, CATTEL, BACON, TRIMPI, RIPSTEIN).

Aussi conseille-t-on (GOLIGHER, EWARD, LENNARD-JONES, GALL) de ne pas poursuivre cette tentative au delà de 8 à 10 jours si une amélioration rapide et spectaculaire ne s'est pas produite.

Les formes aiguës ne posent pas un problème aussi aigu. Le temps presse moins en effet et le traitement médical peut être poursuivi un, deux ou trois mois, suivant l'intensité des signes, mais il est dangereux de s'obstiner au delà de ces délais.

Il est un peu arbitraire de distinguer des délais aussi importants entre les formes fulminantes et les formes aiguës, mais il s'agit là de simples indications puisqu'en fait toutes ces formes graves se présentent un peu chaque fois comme des cas particuliers.

B - TACTIQUE OPÉRATOIRE

L'indication chirurgicale une fois posée, le problème n'est pas entièrement résolu : faut-il se contenter d'un geste simple et vite fait qui paraît logique étant donné la fragilité des sujets, ou faut-il chercher d'emblée la guérison par un acte chirurgical plus grave ?

— *La dérivation simple* : Iléostomie, plus rarement la colostomie cherchent à mettre l'intestin au repos permettant ainsi au traitement médical d'agir.

— Elle a l'énorme avantage d'être un geste facile, rapide, pouvant, au besoin, être réalisé sous anesthésie locale. BACON estime que cette simple opération représente déjà un progrès (42,8 % de morts par iléostomie contre 73 % par le seul traitement médical). EDWARD et LENNARD-JONES publient 4 iléostomies, 4 succès (la colectomie secondaire a montré dans tous les cas un côlon guéri). Mais s'ils comparent cette série à une série de 6 iléostomies faites à une phase aiguë (et non fulminante), ils concluent à des succès fortuits sur lesquels il ne faut pas compter habituellement.

— C'est également l'opinion de GALL qui estime que cette opération n'arrête l'évolution que dans un cas sur quatre. Enfin GOLIGHER reproche à cette intervention de laisser en place un côlon malade, source de pertes sanguines et hydroélectrolytiques, un foyer toxique responsable des toxémies à distance, et surtout un organe qui pourrait être le siège de perforations. Il la condamne donc comme attitude systématique, mais lui accorde cependant quelques indications qui sont plus affaire de sentiment qu'idée basée sur des arguments précis. C'est également l'opinion de notre Maître le Professeur Pierre BERTRAND. A cet égard, l'une de nos observations est particulièrement évocatrice.

— *Colectomie totale et iléostomie*, attitude résolument plus entreprenante, a été adoptée pour cette raison par RIPSTEIN, RAVITCH d'abord, rapidement suivis par la majorité des auteurs.

En effet, cette opération enlève toutes les lésions et cela sans difficulté particulière, si ce n'est, comme nous l'avons déjà signalé, la fragilité particulière du côlon. Rapidement menée, elle est à peine plus choquante que la simple dérivation, d'autant plus qu'une réanimation bien conduite et une anesthésie légère en minimisent les risques. Et de fait cette opération a donné de véritables résurrections.

La mortalité est à peine plus importante que celle d'une colectomie pratiquée dans de meilleures conditions, beaucoup moins importante que celle de la simple iléostomie (GALL, 2 à 4 % ; GOLIGHER, BACON, 5,5 % ; RIPSTEIN, 4,6 %).

Enhardi par ses résultats, GOLIGHER a même proposé et réalisé avec succès, dans des formes graves, des coloprotectomies totales à deux équipes. Mais il n'a pas été suivi par beaucoup d'auteurs qui estiment en effet d'une part qu'il s'agit là d'une intervention beaucoup plus importante augmentant de façon illégitime le risque vital

et que d'autre part elle prive le malade des chances de pouvoir bénéficier ultérieurement d'un rétablissement de la continuité (d'autant plus que les chances de guérison du segment inférieur sont réelles dans ce cas).

En fait il est difficile de prendre une position ferme. Toutes les publications font état de quelques remords : tel qui a subi une colectomie mortelle aurait pu être guéri par une iléostomie. Il est difficile de trancher mais il est certain que, devant le redoutable pronostic de ces formes, après échec du traitement médical, toutes les audaces sont permises. Il peut sembler paradoxal de dire que ce sont les malades les plus atteints qui devraient subir les interventions les plus radicales. C'est l'attitude actuelle de notre Maître le Professeur Pierre BERTRAND qui ne pratique plus actuellement que des colectomies totales dans les formes graves. Et les quelques succès obtenus (Obs. n^{os} 7, 14, 23, 30) semblent donner raison à cette manière de voir.

2 - LES INDICATIONS DANS LES FORMES COMPLIQUÉES

La survenue de complications au cours de la recto-colite hémorragique est une éventualité fréquente qui vient peser sur l'indication dans le sens de la chirurgie.

A - *Les complications aiguës* qui surviennent habituellement au cours de poussées aiguës, ont une indication formelle d'un traitement chirurgical, quelquefois même une indication d'urgence.

— *Les perforations*, dont nous avons vu l'effroyable gravité tant à cause des difficultés du diagnostic que de leur évolution rapidement mortelle, doivent faire poser l'indication opératoire d'urgence.

● La suture simple de la perforation peut paraître simple théoriquement, mais est en fait formellement à rejeter pour deux raisons :

◆ La première est que ce geste est illusoire sur ces côlons à parois profondément modifiées et fragiles, les points déchirant et aggravant ainsi la lésion que l'on veut traiter. Elles se sont d'ailleurs toujours soldées par des échecs, c'est-à-dire par la mort du malade.

◆ La deuxième est qu'il est souvent difficile de repérer le siège de la perforation, et que surtout dans les formes suraiguës, il est impossible de savoir si elle est unique.

● Seule reste possible la colectomie totale, dont la réalisation ne présente rien de particulier, si ce n'est qu'elle doit être menée

rapidement, et terminée par un drainage efficace, après avoir largementensemencé d'antibiotiques la cavité abdominale. L'état grave de ces malades impose obligatoirement de pratiquer une iléostomie terminale, le choix étant laissé de l'attitude à observer vis-à-vis du moignon rectal (enfoui ou suspendu à la paroi). Le rétablissement de la continuité ne pourra être envisagé qu'ultérieurement.

Les succès que l'on a pu enregistrer dans le traitement de ces péritonites hyper-septiques sont assez rares et ne peuvent être obtenus que par une intervention pratiquée dans les toutes premières heures. Comme il est habituellement difficile de déceler le début de ces complications, la solution la plus sage semble être celle d'un traitement préventif, c'est-à-dire de poser l'indication opératoire assez largement et assez précocement dans les formes graves.

— *Les hémorragies* peuvent parfois, rarement il est vrai, imposer par leur abondance ou par leur répétition un traitement chirurgical d'urgence. En fait cette urgence n'est jamais extrême et on a le temps de rééquilibrer suffisamment ces malades pour leur faire aborder l'opération dans un état convenable. Le geste doit, en effet, être *radical* « car la source de l'hémorragie est impossible à localiser sur le cadre colique d'autant que les hémorragies sont le plus souvent diffuses. L'intervention doit donc être une colectomie subtotala aussi rapidement menée que possible. Mais il est des cas où malgré cette intervention, le chirurgien a la douloureuse surprise de voir ces hémorragies persister dans les suites opératoires avec une gravité suffisante pour mettre en danger la vie du malade. Le segment restant du côlon et le rectum en sont l'origine. Il faut se résoudre à l'amputation abdomino-périnéale » (Thèse de GABRIELLE, 1957).

— *Les dilatations coliques* enfin semblent de l'avis de tous les auteurs être également l'indication d'une chirurgie radicale.

En effet d'une part elles surviennent au cours de formes graves, souvent au cours du traitement médical, et semblent indiquer une aggravation ; et d'autre part, on ne sait pas si elles ne sont pas un signe pré-perforatif.

Là encore, seule la colectomie subtotala avec iléostomie semble devoir être pratiquée.

— *Les abcès* iliaques ou pelviens apparaissent généralement au cours d'évolution de forme chronique mais quelquefois dans des formes graves. De toutes façons ils se manifestent souvent par l'apparition d'une tuméfaction inflammatoire, avec température.

La conduite à tenir est alors simple. C'est l'incision et le drainage qui seuls amèneront la cédation des signes infectieux. L'évolution

se fait alors habituellement vers la fistule pyostercorale, interminable, accompagnée de lésions cutanées de type ulcératif, typique de la recto-colite hémorragique. Dans ce cas, si la fistule ne se complique pas elle-même de décollement cutané, d'abcès récidivants qui nécessiteront de nouveaux débridements, on aura intérêt à laisser se résoudre les phénomènes inflammatoires qui entourent la plaie, car la fistule pyostercorale de la recto-colite hémorragique n'a aucune tendance spontanée à la guérison et seule la colectomie totale secondaire en viendra à bout.

B - *Les complications chroniques* sont de deux ordres qui tous les deux doivent faire poser l'indication chirurgicale, et où les problèmes tactiques ne sont pas tout à fait identiques.

— *Les complications à distance* : cutanées, articulaires, oculaires, rénales, hépatiques, qui sont quelquefois susceptibles d'amélioration parallèle à l'amélioration colique sous l'influence du traitement médical sont souvent rebelles à la thérapeutique.

La colectomie, enlevant le foyer toxique, peut généralement seule les faire rétrocéder. Il importe cependant de ne pas trop attendre, certaines lésions articulaires et hépatiques en particulier devenant irréversibles après un certain degré d'évolution.

Le problème qui se pose est celui du rétablissement ou non de la continuité. Et là, comme nous le verrons plus loin, tout dépend de l'état du bout inférieur, et surtout de la zone anale et péri-anale.

— *Les complications purement intestinales.* Parmi ces complications, certaines autorisent à un rétablissement de la continuité intestinale, d'autres la contre-indiquent formellement.

— *Les complications permettant d'envisager un rétablissement de la continuité :*

— *Les rétrécissements* qui sont une complication fréquente des recto-colites évoluant depuis plusieurs années imposent le traitement chirurgical d'une part parce qu'ils sont générateurs des troubles du transit, d'autre part et surtout parce que derrière leur apparente bénignité peut se cacher un cancer que seule l'intervention pourra affirmer (sauf pour les rétrécissements rectaux bas accessibles à l'endoscopie). L'intervention à pratiquer sera une colectomie totale. Le rétablissement de la continuité, suivant la modalité que l'on veut peut être envisagé dans presque tous les cas.

La légitimité de cette opération ne se discute que dans le cas des rétrécissements rectaux dont on a fait pendant une contre-indication absolue au rétablissement de la continuité colique. En fait, actuelle-

ment le siège rectal du rétrécissement ne modifie en rien cette possibilité. La difficulté peut être en effet tournée de deux façons, soit en pratiquant la section rectale et l'anastomose en dessous du rétrécissement si celui-ci n'est pas trop bas (Obs. n° 29), soit en dilatant le rectum avant l'intervention pendant plusieurs semaines et même plusieurs mois de façon à obtenir une ampoule de capacité suffisante (GORDON UNGLEY, A. LAWRENCE).

— *Les cancers coliques et rectaux.* L'indication formelle du traitement chirurgical est évidente et la tactique opératoire ne diffère en rien de celle appliquée aux cancers coliques habituels en ce qui concerne la partie basse de l'exérèse.

La colectomie, contrairement à celle pratiquée pour une rectocolite banale, doit enlever tous les mésos avec les adénopathies, donc de réalisation souvent plus difficile.

En ce qui concerne la possibilité de rétablir la continuité après ces exérèses, elle dépend du siège du cancer. Elle n'est contre-indiquée formellement, comme pour tous les cancers rectaux, que lorsque son siège est bas (moitié inférieure de l'ampoule rectale).

— *Les complications contre-indiquant formellement le rétablissement de la continuité.*

Ce sont toutes celles qui portent atteinte à la région sphinctérienne : fissure anale, fistule anale, fistule recto-vaginale, sclérose sphinctérienne.

Toutes ces lésions, comme toutes celles entraînées par la rectocolite hémorragique ne peuvent guérir que par la colectomie totale. Mais là, leur siège bas, qui traduit une atteinte profonde du rectum, et l'état pratiquement non fonctionnel du sphincter interdisent, même pour les plus audacieux, toute tentative de rétablissement de la continuité, et devra donc être complétée par une rectoproctectomie.

3 - LES INDICATIONS DANS LES FORMES CHRONIQUES.

Ce sont ces formes qui posent généralement les problèmes les plus difficiles à résoudre.

Il est cependant des cas où l'indication souffre peu de discussion :

— D'une part des formes relativement bénignes dans lesquelles un traitement médical continu et un régime strictement suivi permettent au malade de mener une vie pratiquement normale.

— D'autre part des cas graves où la détérioration progressive de l'état général, l'augmentation de troubles digestifs, l'apparition de

complications, et les troubles psychiques qui finissent par apparaître rendent toute vie sociale impossible et conduisent le malade à la chirurgie.

Mais entre ces deux types extrêmes existent des cas, les plus nombreux et dont la variabilité des troubles fait de chacun un cas particulier. La mauvaise réputation qu'avait, et que peut-être même a toujours pour certains le traitement chirurgical, et surtout l'iléostomie, sanction autrefois habituelle de celui-ci, a fait que souvent ces malades et leurs médecins reculaient au maximum « l'échéance ». Le malade restait alors soumis à l'évolution capricieuse de la maladie, souvent hospitalisé pour une poussée évolutive, parfois grave, devenant peu à peu incapable de mener une vie normale ; au fur et à mesure de l'évolution, le risque de complications, et surtout de dégénérescence maligne devenant de plus en plus fréquent.

C'est dans ces cas que l'optique actuelle, qui fait de la tentative du rétablissement de la continuité, pratiquement une obligation a ou devrait complètement transformer le point de vue du malade et du médecin. Un nombre croissant de malades devrait pouvoir ainsi être rendu à une vie normale.

Il est pratiquement impossible de poser les critères absolus d'indication opératoire, toutes fonctions de l'intensité des troubles et de la gêne qu'elle apporte à la vie quotidienne du malade. Cependant, l'indication doit être de plus en plus poussée à mesure que le temps de l'évolution de la recto-colite croît.

La tactique opératoire est assez bien codifiée actuellement en ce qui concerne l'exérèse colique. On a complètement abandonné, sauf de rares exceptions, les opérations en deux temps (iléostomie suivie de colectomie) pour ne plus pratiquer que des exérèses en un temps.

Le seul point sur lequel porte la discussion est celui du rétablissement de la continuité colique ou de l'amputation abdomino-périnéale. Les nombreuses publications que l'on peut relever dans la littérature à ce sujet montrent l'intérêt que l'on porte actuellement à ce problème.

A - Il est des cas simples où l'indication ne se discute pas.

— *Le rectum est sain.* Dans ces cas le problème du rétablissement de la continuité ne se pose pas : il doit être admis de principe.

On peut seulement discuter sur l'opportunité de le réaliser en un temps ou en deux temps après une période plus ou moins longue. Nous avons discuté ailleurs les avantages et les inconvénients respectifs de ces attitudes.

Mais ces cas sont malheureusement rares puisqu'ils ne dépassent pas 10 % de la majorité de la statistique. Nous-même ne l'avons rencontré que deux fois (Obs. n^{os} 22 et 25). Pour GOLIGHER ces cas constituent la seule indication raisonnable.

— A l'opposé les *lésions anales et péri-anales* apparaissent d'emblée considérables et la proctectomie s'impose. Là encore deux solutions peuvent être envisagées :

— La majorité des auteurs se prononce pour l'amputation secondaire par voie abdomino-périnéale ou périnéale pure, suivant la longueur du moignon rectal laissé en place, et suivant le geste pratiqué lors de l'opération d'exérèse (enfouissement sur péritonisation ou abouchement à la peau).

— A l'inverse, certains n'estiment pas que l'intervention soit plus grave en un temps à condition de faire une dissection très poussée du rectum par voie abdominale de façon à ce que le temps périnéal soit court.

B - Mais dans la majorité des cas il existe des lésions rectales plus ou moins importantes, et le sphincter est fonctionnellement valable, l'atmosphère péri-rectale non modifiée. C'est dans ces cas que porte la discussion entre les promoteurs de la chirurgie conservatrice et les tenants de l'exérèse totale.

Nous avons analysé par ailleurs les raisons que mettent en avant les défenseurs de la « conservation », raisons que nous admettons sans restriction. En effet, on a « tout à gagner et rien à perdre » puisque, si le fonctionnement rectal à la suite de l'anastomose se révèle défectueux, causant alors au malade une gêne considérable, ou si les lésions rectales s'aggravent ou même si les lésions dégénèrent, il est toujours possible de revenir à l'iléostomie définitive et de compléter alors par une proctectomie.

Nous estimons alors que le procédé que nous proposons d'anastomose en deux temps possède ici ses meilleures indications. Il assure en effet une sécurité que ne possèdent pas les autres procédés puisque l'anastomose iléo-rectale est exclue, ce qui évite des complications dues à une cicatrisation défectueuse sur l'anastomose et que d'autre part le temps ultérieur de rétablissement de la continuité se passant loin du petit bassin ne présente pas de difficulté majeure.

4 - LES INDICATIONS DANS LES FORMES SEGMENTAIRES.

La thérapeutique chirurgicale de ces formes segmentaires pose des problèmes plus simples mais elles sont malheureusement rares (2 observations).

Les formes localisées au côlon droit autorisent dans tous les cas une exérèse segmentaire avec rétablissement de la continuité qui peut alors être pratiquée en un temps et dont la réalisation technique ne pose généralement pas de problème.

Dans les formes segmentaires localisées au côlon gauche, la fréquence des lésions rectales rend le problème plus difficile. En réalité, le problème de la conservation rectale est à peu près le même que dans le cas d'une colectomie totale, avec simplement des possibilités techniques supplémentaires : ainsi que nous avons réalisé dans un cas (Obs. n° 22) une amputation transanale.

De toutes façons nous avons déjà signalé la tendance à la diffusion des lésions, et il n'est pas exceptionnel après une exérèse segmentaire de voir à nouveau évoluer la maladie, obligeant alors à une nouvelle intervention (Obs. n° 25).

Observations

OBSERVATION I

Madame Ro..., 23 ans.

Poussée aiguë, iléostomie isolée deux mois après. Décès.

Est hospitalisée en novembre 1950 pour une poussée aiguë de rectocolite hémorragique apparue brutalement sans antécédent : selles liquides et hémorragiques très fréquentes, avec ténésme, épreinte ; la température est entre 38°5 et 40°, l'état général est d'emblée alarmant.

La rectoscopie montre une énorme rectite végétante, mais l'exploration ne peut dépasser 15 cm. La biopsie confirme la nature inflammatoire des polypes.

Légère amélioration par le traitement médical. Mais devant son insuffisance on décide l'intervention chirurgicale avec le diagnostic de rectocolite hémorragique aiguë.

Intervention le 9 janvier 1951 (Bertrand, Saubier, Barry).

Sous A.G. Max Schuller droit. Côlon très inflammatoire dans sa totalité. Ascite.

Iléostomie terminale (Intubée par un tube de Paul).

Suites opératoires : Les suites immédiates sont alarmantes. Déshydratation intense, non fonctionnement de l'iléostomie, la malade sort le deuxième jour en signant une décharge. Trois jours après on apprend que la malade est toujours en vie et que l'iléostomie fonctionne. Depuis pas de nouvelle.

OBSERVATION II

Monsieur Le..., 60 ans.

Poussée aiguë. Caecostomie trois mois après. Décès.

Adressé par le Dr Vachon pour un cancer du bas sigmoïde à évolution aiguë, datant de trois mois (début octobre 52) : 10 à 15 selles par jour avec température à 37°5, 38°5, très mauvais état général. L'examen est négatif.

Intervention janvier 1953 (Bertrand).

Anus caecal : on est frappé, en ouvrant le caecum, de trouver des lésions polypeuses multiples qui évoquent immédiatement la rectocolite hémorragique.

Ce diagnostic est confirmé par l'examen histologique.

Décès.

OBSERVATION III

Monsieur Da..., 42 ans.

Poussée aiguë. Iléostomie terminale deux mois après. Décès.

Adressé pour recto-colite hémorragique par le Dr Naussac.

L'affection a débuté en juin 1953 par l'apparition d'une diarrhée sanglante sans température mais qui reste rebelle au traitement symptomatique et qui s'accompagne bientôt d'une baisse importante de l'état général. Après une évolution sans interruption jusqu'au mois de novembre, recrudescence du syndrome dysentérique qui s'accompagne bientôt de température oscillante entre 38° et 39° ce qui précipite l'altération de l'état général. Amaigrissement important mais non suspect.

Intervention le 6 janvier 1954 (Bertrand, Barry).

Max Schuller droit. Etat inflammatoire de tout le côlon qui est d'ailleurs très fragile (une perforation est d'ailleurs faite sur le caecum au cours de son exploration, perforation que l'on a toutes les peines du monde à fermer et à enfouir).

Iléostomie terminale dans l'incision.

Suites opératoires : Décès deux jours après dans un tableau d'hémorragie interne avec hématoméso.

OBSERVATION IV

Mademoiselle Go..., 26 ans.

Poussée subaiguë. Colectomie totale plus anastomose iléo-sigmoïdienne basse. Persistance d'une rectite. Anastomose iléo-anale après rectectomie. Décès.

L'affection a débuté en mai 1948 par une diarrhée sanglante (10 à 15 selles par jour) avec ténésme et épreinte. Cet épisode dure un mois et se reproduit depuis lors toutes les années au mois de mai et dure environ un mois. Dans l'intervalle la malade va parfaitement bien.

En août 1954 : Radiographies (transit du grêle) : transit ralenti, cadre colique atone et dilaté.

— Rectoscopie : rectite interprétée comme bacillaire.

En janvier 1955 à la suite d'une nouvelle crise, elle présente un syndrome douloureux dans la fosse iliaque droite et atteinte de l'état général. Le lavement baryté ne montre qu'un franchissement facile de la valvule de Bauhin.

La rectoscopie montre une muqueuse normale et sur le sigmoïde plusieurs orifices punctiformes par lesquels sort du sang.

Intervention le 27 janvier 1955 (J. Francillon).

Médiane sous-ombilicale. Méga-côlon généralisé avec lésions diffuses de mésentérite rétractile. *Colectomie totale. Anastomose iléo-sigmoïdienne basse.*

L'examen histologique conclut : aspect de réaction vasculaire et œdémateuse sans spécificité histologique mais rappelant certaine forme d'inflammation séreuse rencontrée dans les phénomènes de Reilly ou dans la réaction allergique.

Suites opératoires : Simples les 10 premiers jours puis reprise d'une diarrhée sanglante. Une rectoscopie montre sur la face antérieure du rectum seulement une muqueuse congestive qui pleure le sang.

Deux mois de différents traitements n'améliorent pas ces lésions.

Intervention le 6 avril 1955 (Docteur Francillon).

Rectectomie et anastomose iléo-anale (après constitution d'un néorectum par une large anastomose latéro-latérale entre les deux branches de l'anse grêle. L'anastomose est pratiquée en dehors du périnée.

Un nouvel *examen histologique* affirme enfin le diagnostic de rectocolite hémorragique.

Les suites opératoires sont très compliquées : hyperthermie 38°, 39°. Vers le 10^e jour, fistule vaginale par laquelle s'élimine toute la portion du grêle constituant le néo-rectum et qui est nécrosé. Au 15^e jour, fistule du grêle.

Intervention le 30 avril 1955 (Docteur Francillon).

Constitution d'un anus du grêle sur pont temporaire. On coupe ensuite le grêle sur le pont et on obtient ainsi deux bouts appareillés chacun par un tube de Paul l'un pour l'évacuation, l'autre pour lavage du bout inférieur.

Suites opératoires : Restent fébriles. Apparition d'une stomatite puis d'une œsophagite rebelle au traitement médical et nécessitant une gastrostomie faite sous anesthésie locale le 9-5-55 mais la malade décline rapidement, devient hypothermique et décède le 12-5-55.

OBSERVATION V

Monsieur Me..., 35 ans.

Forme chronique. Iléostomie terminale, puis colectomie totale, puis tentative d'anastomose iléo-anale. Décès.

L'affection débute en juin 1950 par un syndrome dysentérique avec amaigrissement de 10 kg. Il existe déjà deux polypes rectaux. Cette crise cède après plusieurs essais thérapeutiques six mois après le début.

Nouvelle poussée en mars 1954 avec température au cours de laquelle un lavement baryté montre un aspect de colite segmentaire sur le tiers supérieur du côlon descendant et sur l'angle gauche. L'amélioration est spectaculaire par la salazopyrine.

Puis, dans l'année qui suit, rechutes de plus en plus fréquentes, de plus en plus graves, de plus en plus prolongées jusqu'en mai 1955 où une nouvelle poussée plus grave avec température élevée le fait à nouveau hospitaliser.

A l'entrée, état général très mauvais.

Rectoscopie : muqueuse œdémateuse, quelques polypes inflammatoires (bénins à la biopsie). Hémorragies diffuses au contact du rectoscope.

Devant l'inefficacité totale du traitement médical, le malade nous est confié.

Intervention le 11 juin 1955 (Pr Bertrand, Francillon).

Incision de Max Schuller droite. *Iléostomie terminale* dans le haut de l'incision.

Suites opératoires simples au début, l'iléostomie fonctionne bien mais au 12^e jour, fistule entéro-cutanée que l'on traie par intubation de l'iléostomie. L'état général s'améliore mais persistance du syndrome dysentérique. Aussi :

Intervention le 7-7-55 : (Bertrand) *Colectomie totale* par médiane. Le rectum est suturé et enfoui sous la péritonisation.

Examen de la pièce : Lésion prédominante sur la fin de l'iléon et sur le côlon droit, moins importante sur le côlon gauche, sigmoïde normal.

L'examen histologique confirme de diagnostic de recto-colite.

Suites opératoires : L'état général est très satisfaisant ; mais la fistule précédemment notée réapparaît au 20^e jour et s'accompagne d'importantes lésions cutanées nécessitant la réfection extra-péritonéale de l'iléostomie (19-8-55).

Une rectoscopie affirme l'absence de lésion rectale. Aussi décide-t-on une tentative de rétablissement de la continuité.

Intervention le 28-10-55 (Pr Bertrand).

On tente une iléo-proctostomie latéro-terminale à la Champeau, mais que l'on ne peut réaliser étant donné l'infiltration et la rétraction du mésentère. En fait on ne peut faire qu'une *anastomose iléo-anale termino-terminale* réalisée en dehors de l'anus et ensuite réintégrée dans l'anus.

Suites opératoires : Une fistule totale du grêle apparaît le 4^e jour et entraîne le décès le 6^e jour.

OBSERVATION VI

Monsieur Du..., 39 ans.

Forme chronique (*Diagnostic initial cancer du rectum*). *Amputation abdomino-périnéale plus colectomie gauche. Colectomie totale plus iléostomie terminale.*

Le début de l'affection remonte à septembre 1953 : syndrome dysentérique typique, intense. Persiste pendant un an avec des améliorations très passagères. Mais l'amaigrissement continu.

En septembre 1954 hospitalisé chez le Pr Girard. La rectoscopie découvre une zone ulcérée et végétante à la partie moyenne de l'ampoule rectale et dont la biopsie révèle le caractère inflammatoire et bénin.

Néanmoins, l'aspect macroscopique évoquant le cancer rectal infecté, on intervient avec ce diagnostic.

Intervention le 22-9-54 (Pr Bertrand).

Amputation abdomino-périnale. Colostomie gauche.

Examen de la pièce : confirme l'absence de lésions malignes.

Les suites opératoires sont très simples.

Revu un an après : le syndrome dysentérique a persisté inchangé et sont apparues, autour de la colostomie, des lésions cutanées évocatrices de la recto-colite hémorragique. De même un lavement baryté montre des lésions diffuses de colite. Aussi décide-t-on la réintervention.

Intervention le 14-8-56 (Dr Guillemin).

Incision médiane. Il s'agit bien de lésions habituelles de recto-colite hémorragique prédominantes sur la moitié gauche du côlon. *Colectomie totale. Iléostomie* terminale dans la fosse iliaque droite.

Les suites opératoires sont d'abord simples ; l'iléostomie fonctionne bien mais au 10^e jour, occlusion : on ne peut passer une sonde par l'iléostomie (la réintervention montre deux anses qui sont venues se coller au-dessus et au-dessous de l'iléostomie. Libération).

Dès lors les suites sont simples, l'iléostomie fonctionne bien.

Ce malade a été revu à plusieurs reprises. La dernière fois en septembre 1962. Il a repris son travail depuis le 1^{er} décembre 1957. Son état général reste cependant médiocre. Avant sa maladie il pesait 82 kg, avant l'intervention 39 kg, aujourd'hui 64 seulement. Son appétit est modeste ; il ne suit pas de régime particulier (évite cependant les épices qui irritent la peau autour de l'iléostomie).

Le fonctionnement de son iléostomie est correct : il porte un appareillage appliqué dans la journée, mais il doit changer de poche quatre fois par jour, autant la nuit (les évacuations se font en effet de façon continue mais sont beaucoup plus importantes deux heures après les repas. Cette iléostomie le gêne pour deux raisons, d'une part parce que la nuit il est obligé de changer souvent, ce qui trouble son sommeil et d'autre part l'empêche de porter l'uniforme.

En somme est satisfait de son état mais depuis quelque temps est apparue une asthénie et des céphalées ; une impuissance transitoire après l'opération. Est réapparue depuis un mois.

OBSERVATION VII

Monsieur Va.... 19 ans.

Poussée aiguë. Caecostomie. Iléostomie. Colectomie totale plus iléostomie terminale.

L'affection débute d'emblée sur le mode aigu, brusquement le 25-11-55. Température à 39°, vomissements, diarrhées abondantes (6 selles par jours hémorragiques). Un traitement par les antibiotiques est inefficace.

Hospitalisé le 17-12-55 chez le Pr Sédallian : l'état général est catastrophique. Amaigrissement de 25 kg en un mois, température oscillante 37°-

39. La diarrhée hémorragique et purulente est de plus en plus importante. L'examen révèle l'existence d'une ulcération de l'anus, à fond irrégulier, bourgeonnant et qui semble s'étendre dans le canal anal.

L'anuscopie sous locale montre une lésion ulcéreuse et végétante, saignant facilement, évoquant le néoplasme anal. Mais la biopsie (Dr Plauchu) affirme la nature bénigne.

Lavement baryté : lésion de colites diffuses.

Il est hospitalisé un mois après chez le Pr Bertrand dans un état effroyable, véritablement concentrationnaire, avec troubles psychiques.

Intervention le 18-1-56 (Dr Francillon, Gabrielle).

Médiane sous-ombilicale. Côlon d'aspect très inflammatoire dans sa totalité. Caecostomie sur un caecum très malade. Biopsie.

L'examen histologique retrouve un aspect rappelant celui de la rectocolite hémorragique sans cependant le caractère ulcéreux nécessaire à ce diagnostic (Dr Fayolle).

Les suites opératoires : simples, mais si la température revient à la normale, le syndrome dysentérique persiste inchangé et l'état général reste alarmant.

Aussi réintervient-on le 12^e jour (15-2-56). Iléostomie dans la fosse iliaque droite à la manière de Cattell.

Suites opératoires ont été troublées par un syndrome de déshydratation intense puis l'excrétion par l'iléostomie s'est stabilisée à 21 par jour vers le 12^e jour. Mais un mois après l'iléostomie, si l'on peut constater une amélioration du syndrome dysentérique, l'état général reste très mauvais et la température amorce une nouvelle montée. Une rectoscopie montre des lésions diffuses de tout le rectum et de l'anus qui est ulcéré.

Intervention le 9-3-56 (Dr Francillon, Desjacques).

Colectomie totale. Nouvelle iléostomie dans la fosse iliaque gauche. Exérèse d'un côlon très atrésique, complété par l'ablation de la dernière anse iléale.

Suites opératoires très simples. L'iléostomie fonctionne dès le 2^e jour, normalement, apyrexie. Reprise rapide de l'appétit. Cicatrisation perprimam.

L'iléostomie a pu être appareillée immédiatement ; au 15^e jour, appareillage à pression, très étanche debout mais laissant des fuites en décubitus.

Deux mois après l'opération le malade n'a repris que 3 kg malgré la suralimentation. Cependant l'état paraît bien meilleur, le psychisme est redevenu normal.

L'état s'est amélioré considérablement.

A repris 20 kg, l'iléostomie fonctionne bien. Il persiste cependant un écoulement purulent par l'anus. Une rectoscopie montre en effet la persistance d'une rectite importante.

Intervention 9-2-57 (Dr Francillon).

Proctectomie par voie abdomino-périnéale.

A été revu à plusieurs reprises. Les dernières nouvelles datent de juillet 1962. Son état est parfaitement satisfaisant : son poids est supé-

rieur de 5 à 6 kg à celui antérieur à la maladie. Son appétit est bon, son sommeil normal et son état général lui permet d'accomplir son travail complet de cultivateur. Son fonctionnement intestinal est très satisfaisant : l'iléostomie fonctionne de façon intermittente, excréant des selles pâteuses et ce en l'absence de tout régime (évite cependant les féculents et les épices). Elle est équipée d'un appareillage appliqué dont le malade se satisfait parfaitement. Il présente cependant quelques lésions cutanées nécessitant l'emploi constant d'oxyplastine.

OBSERVATION VIII

Monsieur Do..., 50 ans.

Poussée aiguë. Colectomie totale plus iléostomie terminale. Proctectomie. Fistule du grêle. Décès.*

L'affection débute en novembre 1955 par des althralgies qui sont bientôt suivies de l'apparition de douleurs abdominales, puis d'une diarrhée sanglante avec des vomissements. Un lavement baryté montre des lésions « pseudo-néoplasiques » au niveau du caecum. Une laparotomie ne confirme pas ce diagnostic et se termine par une appendicectomie.

Hospitalisé le 25 janvier 1956 chez le Professeur Girard parce que son état s'est aggravé depuis la laparotomie.

A l'entrée, le malade est en mauvais état général ; amaigri, très asthénique et prostré, température à 38°, V.S. à 60 %, diarrhées importantes avec glaires et sang.

La rectoscopie : aspect typique de recto-colite hémorragique. Lavement baryté montre le caractère diffus à tout le côlon des lésions.

Un traitement médical intensif est entrepris (Salazopyrine, sérum sans vitamines, puis au bout de quelques jours Cortisone).

En deux mois l'amélioration de l'état général est considérable. Apyrexie, V.S. 5 %. Mais l'état local persiste inchangé et syndrome diarrhéique. Aussi confit-on le malade au Professeur Bertrand pour intervention.

28-3-56 incision et drainage d'un abcès sur la cicatrice de laparotomie : apparition dans les suites d'une fistule qui se transforme en une large fistule pyostercorale. Ce qui amène une amélioration de l'état général du malade.

Intervention le 11 avril 1956 (Pr Bertrand, Francillon).

Colectomie totale. Iléostomie terminale dans la fosse iliaque gauche. Enfouissement du rectum sous péritonisation.

L'examen histologique confirme le diagnostic et montre le caractère très évolué des lésions.

Suites opératoires : L'iléostomie fonctionne dès le 5^e jour. Mais pendant les dix premiers jours, état comateux du malade qui disparaît brusquement au 10^e jour. A partir de ce moment les suites sont très simples.

Le 9 mai, appareillage de l'iléostomie : résection de la trompe intestinale de l'iléostomie à un demi-centimètre de la peau. L'appareil de Loygue n'est pas supporté. Un appareil appliqué pour colostomie est essayé mais ne fonctionne bien qu'en station debout.

La persistance de nombreuses pertes muco-purulentes par le moignon rectal conduit :

Intervention le 26-6-56 (Pr Bertrand, Francillon)).

Proctectomie, par voie abdomino-périnéale (blessure d'une anse grêle).

L'examen de la pièce : très nombreuses et vastes ulcérations.

Suites opératoires : Apparition au 3^e jour d'une fistule du grêle à fort débit drainée par incision périnéale.

Le 13-7-56 *Réintervention* (Francillon, Pouyet) résection intestinale de la zone fistuleuse.

Suites opératoires simples au début. Mais vers le 7^e jour, déshydratation intense et décès le 24-7-56.

OBSERVATION IX

Madame Si..., 53 ans.

Poussée aiguë. Colectomie totale plus iléostomie terminale après 15 jours de traitement médical. Décès 6 ans après (cancer de l'ovaire).

Début en 1953 par épisode de diarrhée sanglante, température et altération de l'état général. Le traitement symptomatique agit mais ces troubles se reproduisent par courte durée assez espacés au début.

Le diagnostic de recto-colite hémorragique est fermement porté en Janvier 1955 à l'occasion d'une nouvelle poussée. Un traitement à la Cortisone amène la cédation de la crise en deux mois et demi. Depuis plusieurs petites crises qui réagissent bien au traitement médical.

Hospitalisé en Mai 1956 pour une nouvelle poussée avec hémorragie. L'état est assez précaire, l'amaigrissement important. La température à 38°, 38°5. Rectoscopie et lavement baryté : aspect typique avec pseudo-polypes et lésions diffuses à tout le côlon.

Un traitement médical intensif pendant 15 jours. Mais l'absence d'amélioration fait poser l'indication opératoire.

Intervention le 18-5-56 (Pr Bertrand, Francillon).

Colectomie totale et iléostomie terminale à la Lahey. La section basse passe en plein rectum malade. Le moignon rectal est enfoui sous la péritonisation.

L'examen de la pièce et l'examen histologique montrent le caractère grave et diffus des lésions.

Les suites immédiates sont troublées par un arrêt respiratoire qui nécessite le respirateur artificiel pendant quelques heures.

Le reste des suites est extrêmement simple mis à part quelques épisodes de néphrite. Le bout rectal malade est traité par des instillations d'hydrocortisone.

Mais le 10-9-56 : occlusion du grêle par bride. Réintervention.

L'appareillage de l'iléostomie est satisfaisant, et celle-ci fonctionne bien. La malade reprend rapidement un bon état général, une température normale, mais elle est très gênée par une rectite importante qui va nécessiter une proctectomie.

Et de fait au mois d'octobre 1956 apparition d'un nouveau syndrome infectieux avec masse lombaire gauche : volumineux abcès sous-péritonéal, venant du pelvie et que l'on incise le 20-12-56.

La *recto-proctectomie* ne sera pratiquée que six mois plus tard (3-7-57) par amputation abdomino-périnéale.

Depuis cette date la malade est allée bien. Apparemment satisfaite d'un appareillage qui est bien toléré. L'iléostomie fonctionne régulièrement. La seule qui persiste sont des poussées d'infection urinaire à répétition (une urographie découvre une absence d'élimination du rein gauche depuis la dernière opération).

Décès en juillet 1962 par cancer de l'ovaire.

OBSERVATION X

Madame So..., 38 ans.

Poussée aiguë. Colectomie totale plus iléostomie terminale après un mois de traitement médical. Décès (Occlusion, péritonite).

Début de l'affection en octobre 1955 par apparition brutale, chez une malade qui présente de longue date un terrain migraineux et des intolérances alimentaires, d'un syndrome dysentérique (5 à 6 selles par jour) avec baisse de l'état général. Mais la malade ne consulte qu'en mars 1956. Le syndrome s'est alors considérablement aggravé, Le traitement symptomatique prescrit étant inefficace elle est hospitalisée en mai 1956 à Mâcon dans un état lamentable : Température oscillante, 38°, 39°, amaigrissement considérable non chiffré. Le lavement baryté montre un côlon légèrement dilaté, sans haustration. La rectoscopie est très difficile : muqueuse œdématisée. Malgré le traitement, aucune amélioration ni du syndrome dysentérique, ni de l'état général. Hospitalisée en juin 1956 chez le Pr Girard : a perdu 13 kg, cloché thermique vespéral à 39°5, V.S. 57 %, hypoprotéinémie et anémie. Lavement baryté : montre la diffusion des lésions à tout le côlon sauf le caecum . microcolie, disparition des haustrations, aspect tacheté du transverse (pseudo-polypes). La rectoscopie : lésions typiques avec pseudo-polypes.

Après seulement 10 jours de traitement médical, étant donné l'état grave de la malade, l'intervention est proposée.

Intervention le 6-7-56 (Dr Francillon).

Colectomie totale, iléostomie terminale à la Cattel à la fosse iliaque droite, enfouissement du rectum.

Suites opératoires : elles sont immédiatement simples. L'iléostomie fonctionne au 4^e jour, la température tombe et l'état général s'améliore dès le début.

Cependant au 10^e jour fistule entéro-cutanée au niveau de l'iléostomie qui rend l'appareillage de l'iléostomie impossible.

Vers le 20^e jour apparition d'une élimination profuse par l'iléostomie, température, déshydratation intense, mais brusquement tableau de péritonite avec un choc important. La malade décède avant que l'on ait pu intervenir le 4 août.

OBSERVATION XI

Monsieur Gi..., 56 ans.

Forme gravissime. Décès avant l'intervention.

Antécédents : Un frère du malade aurait présenté en 1923 une affection semblable.

La première poussée remonte à mars 1953, brutale, avec un syndrome diarrhéique mais sans altération de l'état général. Et malgré un examen parasitologique des selles négatif, on entreprend un traitement par l'émétine. Les troubles disparaissent en trois mois.

Trois ans après, en mars 1956 nouvelle poussée d'apparition brutale. Syndrome dysentérique hémorragique typique, sans retentissement au début sur l'état général, mais qui est rebelle à toute thérapeutique. Ces troubles évoluent ainsi jusqu'en août 1956 où apparaît une température (qui cède à la théramycine) et surtout une baisse de l'état général très rapidement catastrophique, il est hospitalisé chez le Pr Bertrand en août 1956 dans un état catastrophique baignant dans le pus et le sang, avec une température à 40°, aspect concentrationnaire. Il décède le lendemain avant qu'aucune thérapeutique chirurgicale ait pu lui être opposée.

OBSERVATION XII

Madame Fi..., 60 ans.

Forme chronique. Colectomie totale plus iléostomie terminale. Amputation périnéale du rectum.

Début de l'affection en juin 1956 par des rectorragies pendant les défécations, selles fréquentes, liquides.

En août 1956 des examens sont pratiqués : lavement baryté qui montre des lésions de colite diffuse avec diverticulose. Mais une rectoscopie montre une muqueuse fragile, hémorragique, évoquant bien la rectocolite hémorragique. Le traitement médical ne donne à cette maladie qu'une amélioration transitoire.

Hospitalisée le 28-2-57 dans le Service du Pr Bertrand : le syndrome dysentérique est encore important et surtout les hémorragies rectales plus abondantes que dans les formes habituelles. L'amaigrissement est de 11 kg depuis juin 1956.

La rectoscopie montre des lésions graves : ulcération et formation pseudo-polypôides dans toute la zone explorable.

Le lavement baryté montre des images diffuses sauf au niveau du côlon descendant.

En raison de l'aspect grave que prend l'évolution de cette maladie, on propose l'intervention chirurgicale.

Intervention le 8-3-57 (Pr Bertrand, Francillon).

Colectomie totale jusqu'à la partie moyenne de l'ampoule rectale, fermeture et enfouissement. *Iléostomie terminale* dans la fosse iliaque droite.

Les suites opératoires sont extrêmement simples. L'iléostomie fonctionne normalement. Mais la rectite reste importante, la rectoscopie du 2-4-57 confirme d'ailleurs la persistance de lésion aussi importante.

Aussi le 26-4-57 *intervention* (Bertrand, Francillon).

Amputation périnéale du rectum.

Les suites opératoires ont été très simples et la malade est sortie cicatrisée, appareillée.

Nous avons pu avoir de ses nouvelles en septembre 1962. Elle a retrouvé un excellent état général : son appétit est bon, son poids est de 9 kg supérieur à celui avant l'intervention, son sommeil est normal. Elle n'a repris aucun travail.

Le fonctionnement de son iléostomie semble satisfaisant ; malgré une évacuation continue de l'iléostomie, évacuation quelquefois pâteuse mais le plus souvent liquide. Il faut d'ailleurs préciser que la malade ne suit aucun régime.

Son appareillage, du type appliqué (?), lui donne entière satisfaction. Le seul élément qui lui cause quelques gênes c'est l'apparition fréquente de lésion eczématiforme autour de l'iléostomie.

OBSERVATION XIII

Monsieur De..., 38 ans.

Forme chronique avec hémorragie. Colectomie totale plus iléostomie terminale. Décès (péritonite).

La maladie commence en 1955 par un syndrome dysentérique avec selles fréquentes, sanguinolantes et un amaigrissement considérable.

En février 1956 une rectoscopie confirme le diagnostic de recto-colite hémorragique. Sous l'influence du traitement médical la poussée cède complètement.

Mais en octobre 1956, une nouvelle poussée aiguë s'avère rebelle au traitement médical.

Il est hospitalisé dans le service du Pr Bertrand le 6 mars 1957 à la suite de deux hémorragies de sang rouge, importante, dans un état grave. Après une préparation de quelques jours (traitement médical et transfusions) :

Intervention le 13 mars (Pr Bertrand, Francillon).

Colectomie totale et iléostomie terminale dans la fosse iliaque droite (côlon très distendu et très fragile, rompu à plusieurs endroits au cours de l'opération. Le bout rectale est amarré à la paroi abdominale).

Examen de la pièce : paroi très mince. Pseudo-polypes.

Examen histologique : aspect typique de R.C.H.

Suites opératoires : l'iléostomie ne marche pas, température à 40°, ballonnement abdominal. On réintervient avec le diagnostic de cellulite rétro-péritonéale.

Intervention le 17-3-57 : Liquide louche dans le ventre. Drainage des deux fosses lombaires.

1°) Choc opératoire très important, cédant à une réanimation intense.

Suites opératoires :

2°) Le lendemain l'iléostomie fonctionne, mais la température persiste, puis la diurèse diminue et le malade meurt le 20 mars.

OBSERVATION XIV

Monsieur Si..., 36 ans.

Poussée aiguë résistante à trois mois de traitement médical. Colectomie totale plus iléostomie terminale. Amputation abdomino-périnéale du rectum.

Le début de l'affection remonte à 1951 : plusieurs poussées subaiguës, dont l'une, plus grave nécessite l'hospitalisation (Novembre 52). Rectoscopie pratiquée à cette occasion : aspect de R.C.H. typique avec pseudo-polypes. Traitement médical.

Brutalement, le 12 février 1958, nouvelle poussée aiguë, avec 14 à 15 selles glaireuses par jour, amaigrissement intense (12 kg). Le traitement médical poursuit pendant trois mois n'obtient qu'une stabilisation. Aussi le malade est-il confié au chirurgien.

Intervention 16-5-58 (Pr Bertrand, Francillon).

Colectomie totale. Iléostomie terminale dans la fosse iliaque droite. Lésions coliques très étendues. Péritonisation soigneuse. Amarrage du bout colo-rectal à la paroi.

Examen histologique : aspect typique de R.C.H. intense avec pseudo-polypes.

Suites opératoires : très simples. L'iléostomie fonctionne au deuxième jour. Le malade sort appareillé un mois après.

Persistance d'une rectite rebelle au traitement local à l'hydrocortisone. Rectoscopie le 26 août : lésions importantes de R.C.H. Indication de proctectomie.

Intervention le 5-9-58 (Pr Bertrand, Francillon) : amputation abdomino-périnéale.

Suites opératoires : Les suites immédiates ont été pénibles, la température élevée, le transit long à reprendre. Mais à partir du dixième jour tout s'arrange, l'iléostomie fonctionne bien.

Revu le 11-9-1961 : Va bien. Transit intestinal satisfaisant. Mais est gêné par la survenue fréquente d'abcès périnéaux. Présente également des troubles de l'éjaculation.

Perdu de vue depuis.

OBSERVATION XV

Monsieur Gué..., 38 ans.

Poussée aiguë sur forme chronique. Colectomie totale plus caecostomie. Décès (péritonite).

Présente depuis l'âge de 28 ans des troubles du transit intestinal à type d'alternative, de diarrhées, de constipations.

Depuis mars 1958, apparition de crises douloureuses abdominales avec débâcle de diarrhées glaireuses et sanglantes. Puis peu à peu la diarrhée devient chronique, avec 5 à 6 selles par jour, et l'état général décline progressivement.

A l'entrée (13-1-59) l'état du malade est grave : amaigrissement de 20 kg, anorexie totale, vomissement. L'asthénie est intense. Température oscillante entre 38° et 39°. Lavement baryté : aspect de R.C.H. étendu jusqu'à l'angle gauche. Indication chirurgicale en raison de l'inefficacité du traitement médical.

Intervention 17-1-59 (Pr Bertrand, Gabrielle) :

Colectomie subtotale et anus colique droit.

Pièce : Disposition assez curieuse en bandes longitudinales des lésions d'un bout à l'autre de la pièce. Le côlon droit est intact.

Suites opératoires : 6^e jour, importante hémorragie rectale et par la caecostomie, avec choc. Malgré le traitement l'état s'aggrave. Au niveau de la caecostomie l'intestin s'est complètement rétracté vers l'abdomen. Clapotage.

Intervention 24-1-59 (Pr Bertrand, Gabrielle) : Péritonite généralisée. Réamarrage du sigmoïde et du caecum. Deux gros drains par des contre-incisions iliaques droite et gauche. Toilette abdominale.

Suites opératoires : A la fin de l'intervention tension imprenable, état de choc qu'il est difficile de corriger. Le lendemain l'état clinique ne s'est pas amélioré : confus, hypotendu, hyperthermique, grosse modifications ioniques (alcalose). Décès le 26-1-59.

OBSERVATION XVI

Madame Mo..., 31 ans.

Forme chronique avec abcès et fistules. Colectomie subtotale. Anastomose iléo-sigmoïdienne. Décès.

L'affection a commencé au mois de juillet 1959 par l'apparition d'abcès multiples (marge de l'anus, nuque, intercostal) dont la répétition entraîne l'hospitalisation chez le Pr Sédaillan où les examens sont négatifs. Au cours de ce séjour on voit apparaître une fistule recto-vaginale et une fistule recto-cutanée. Bien que la rectoscopie n'est pas montré de lésions muqueuses rectales, on pense à une R.C.H.

Intervention le 16-9-59 (Pr Bertrand, Pouyet) : épanchement intra-péritonéal important ressemblant à du liquide intestinal. Atteinte de tout le côlon jusqu'à la partie moyenne du sigmoïde. Deux perforations lenticulaires sur le caecum et deux sur le transverse. *Colectomie subtotale, anastomose iléo-sigmoïdienne* basse termino-terminale.

Pièce : Enormes lésions ulcéro-nécrotiques s'étendant en bandes presque verticales tout le long de la pièce.

Examen histologique : confirme le diagnostic de R.C.H.

Suites opératoires : Décès au troisième jour. Collapsus.

OBSERVATION XVII

Madame Da..., 58 ans.

Forme chronique. Colectomie subtotale plus anastomose iléo-sigmoïdienne.

Début en mai 1958 par apparition de pus et de sang dans les selles, sans douleur ni syndrome rectal. Puis progressivement, apparition de coliques et d'un amaigrissement de 10 kg. En mars 1959, une rectoscopie est pratiquée : normale.

En raison de la persistance des troubles intestinaux rebelles au traitement symptomatique, et bien que les examens (rectoscopie, lavement baryté), soient normaux, on pose l'indication opératoire.

Intervention le 8-9-59 (Dr Guillemin) : L'exploration abdominale montre un côlon droit normal, mais au niveau du côlon gauche et du côlon transverse, on perçoit par la palpation des petites masses qui évoquent la polypose. Aspect congestif de tout le côlon. *Colectomie subtotale et anastomose iléo-sigmoïdienne.*

Pièce : Il n'existe en fait qu'un petit polype du côlon transverse.

Examen histologique : conclut à une R.C.H.

Suites opératoires : Très simples.

La malade a été revue à plusieurs reprises dans un état très satisfaisant et récemment en septembre 1962 : l'état général est parfait, la malade est même obligée de surveiller son régime de peur d'engraisser (suit un régime pour hypertendu). Elle accomplit chez elle le même travail qu'avant l'opération. 3 ou 4 selles par jour, pâteuses, jamais la nuit. Elle présente quelquefois une petite diarrhée post-prandiale.

OBSERVATION XVIII

Monsieur Ca..., 62 ans.

Poussée aiguë avec signes cliniques de perforation. Caecostomie. Décès.

L'affection a débuté en mai 1959 par l'apparition d'un petit syndrome dysentérique qui s'est aggravé progressivement. Au début de l'année 60, il présente 10 selles par jour, diarrhéiques et sanglantes, un amaigrissement de 26 kg. La rectoscopie montre une muqueuse rectale très hémorragique, et granitée ; la biopsie confirme le diagnostic de R.C.H.

Dans la nuit du 12 au 13 février 1960, apparition d'une douleur assez brutale, avec diarrhées profuses, fétides. L'examen montre une défense abdominale ; ce syndrome aigu motive l'intervention d'urgence avec le diagnostic de perforation.

Intervention 13-2-60 (Pr Bertrand, Pouyet) : L'exploration ne montre pas de perforation mais un côlon très distendu, congestif. *Caecostomie.*

Suites opératoires : Amélioration transitoire de 4 jours, puis collapsus et décès brutal.

OBSERVATION XIX

Monsieur Re..., 27 ans.

Forme chronique avec poussée aiguë. Colectomie totale plus iléostomie terminale. Amputation abdomino-périnéale.

Au début de l'année 1958, apparaissent des hémorragies de sang rouge, toujours au moment des selles, au début peu abondantes et que fait disparaître un traitement au cortancyl.

Ces hémorragies reparaissent en avril 1958 et un lavement baryté montre un aspect évident de R.C.H.

A partir d'octobre 1958, il est hospitalisé pour une nouvelle poussée que stoppe un nouveau traitement cortisonique ; mais il présente des accidents (oedèmes, pleurésie) qu'il faut sans doute rattacher à ce traitement.

Puis en mai 1959, hémiplégie d'origine mystérieuse ; en novembre 1959, puis début 60, deux nouvelles poussées dont la dernière ne réagit pas au traitement. Cette résistance thérapeutique, jointe à une détérioration de l'état général (amaigrissement de 20 kg depuis le début des troubles), l'existence d'importantes lésions ulcéreuses, avec pseudo-polypes à la rectoscopie, font poser l'indication opératoire.

Intervention 29-3-60 (Pr Bertrand, Pouyet) : colectomie totale (lésions coliques diffuses. Grêle normal). Iléostomie terminale, suivant la technique de Brooke.

Pièce : aspect typique de R.C.H. avec pseudo-polypes, diagnostic que confirme également l'examen histologique.

Suites opératoires : assez simples, malgré une désunion de l'incision sans conséquence clinique.

Mais il existe toujours une rectite et des lésions importantes à la rectoscopie contraindiquant une tentative de rétablissement de la continuité.

Aussi le 22-10-60 pratique-t-on (Pr Bertrand) une *amputation périnéo-abdominale* du rectum.

Le malade a été revu en septembre 1962. Son état général est excellent, mais il n'a pas repris son poids initial. Son appétit est bon et sa tolérance digestive parfaite.

Son fonctionnement intestinal est satisfaisant : évacuation intermittente de l'iléostomie (6 heures après les repas), émission de selles pâteuses, cette excrétion n'étant pas influencée par l'alimentation qui n'est d'ailleurs soumise à aucun contrôle. Il utilise un appareil collé dont il semble parfaitement satisfait ; il est seulement quelquefois gêné par une irritation cutanée qui cède à l'oxyplastine.

OBSERVATION XX

Monsieur Pro..., 56 ans.

Forme chronique avec hémorragies. Colectomie totale plus iléostomie terminale. Décès.

Présente une grosse déformation vertébrale.

L'histoire digestive débute en août 1958 par un petit épisode diarrhéique de 8 jours et par un abcès de la marge de l'anus. Jusqu'en 1960, alternance de diarrhées et de constipations. Mais depuis le mois de juin, l'état général qui était bien conservé, commence à s'altérer, la diarrhée devient continue. En août 1960, un nouvel abcès motive une exploration sous anesthésie générale (Dr Pouyet) : il existe, sous l'abcès, un bourgeon et une zone indurée qui sont biopsés (biopsie d'ailleurs négative).

Après guérison de l'abcès, la diarrhée persiste : 10 à 15 selles par jour.

Enfin en Novembre 1960, 2 hémorragies intestinales graves avec syncope, motivent une nouvelle hospitalisation.

Intervention 13-12-60 (Dr Pouyet) : colostomie iliaque gauche.

Examen histologique : montre qu'il s'agit d'une R.C.H. très évoluée.

Aussi décide-t-on malgré l'importance de la cyphose, de pratiquer une colectomie.

Intervention 31-1-61 (Dr Pouyet) : après trachéotomie, colectomie totale avec iléostomie terminale à la Brooke.

Pièce : lésions diffuses et importantes de tout le colon, grêle sain.

Suites opératoires : Décès deux jours après par insuffisance respiratoire.

OBSERVATION XXI

Monsieur Be..., 50 ans.

Forme chronique, à poussées évolutives rapprochées. Suspicion de cancer. Exclusion unilatérale. Décès (Péritonite).

Première poussée en mars 1956 : syndrome disentérique avec ténésme, épreinte, rectorragie. Cette poussée ne cède qu'incomplètement et en octobre 1957 il est hospitalisé dans le Service du Pr Girard où l'on porte le diagnostic de recto-colite hémorragique, sur une rectoscopie (muqueuse inflammatoire et œdémateuse avec ulcérations nombreuses recouvertes d'exsudats purulents) et sur le lavement baryté qui montre des lésions discrètes mais nettes, avec polypes. Le traitement médical fait céder cette poussée. Mais elle récidive en juin 1957, puis en juillet 1960, puis en septembre, 5 jours après l'arrêt du traitement médical.

A cette date, on pratique une rectoscopie qui montre des lésions évidentes, mais plus discrètes qu'en 1957 et qui vont en diminuant vers le sigmoïde. Le lavement baryté montre un aspect de défilé au niveau de l'angle gauche qui paraît suspect de cancer et une fuite de baryte qui évoque la fistule.

Ces signes radiologiques, joints à un mauvais état général (amaigrissement de 20 kg en 6 mois), et la récurrence fréquente des poussées font poser l'indication opératoire.

Intervention le 8-10-60 (Pr Bertrand, Braillon).

Lésions diffuses sur tout le côlon. Enorme masse au niveau de l'angle gauche, d'aspect très inflammatoire (Néo ?). Les difficultés d'exérèse semblant considérables, on se contente d'une exclusion unilatérale par une implantation iléo-sigmoïdienne.

Suites opératoires : D'abord simples : transit rétabli dès le 2^e jour mais le malade reste fébrile et l'état général précaire. Le 9^e jour, syndrome de péritonite généralisée, avec collapsus. Le décès survient avant que l'on ait pu réintervenir.

Vérification : Il s'agit effectivement d'une péritonite ; la partie antérieure de l'anastomose iléo-sigmoïdienne est béante.

L'examen histologique ne trouve pas de cancer au niveau de l'angle gauche, mais des lésions inflammatoires très importantes.

OBSERVATION XXII

Madame Ma..., 69 ans.

Forme segmentaire (sigmoïde et rectum). Abdomino-transanale.

Début brusque en 1957 par des douleurs dans la fosse iliaque droite avec diarrhées (5 à 6 selles par jour) contenant du mucus et souvent du sang. A cette date la rectoscopie est normale. Cette poussée cède à un traitement symptomatique.

Au mois de juillet 1960 nouvelle poussée : douleurs abdominales localisées dans la fosse iliaque gauche, évoluant par paroxysme, cédant après une débâcle diarrhéique.

Lavement baryté : aspect de microcolie limité au sigmoïde et au rectum.

Rectoscopie : aspect de recto-colite hémorragique typique.

Donc recto-colite localisée pour laquelle on propose l'intervention que la malade refuse d'abord, mais qu'elle finit par accepter devant la persistance et même l'aggravation du syndrome dysentérique.

Intervention le 26-11-60 (Dr Pouyet).

La ligne de démarcation des lésions est très nette à la jonction côlon iliaque-sigmoïde. *Abdomino-transanale.*

L'examen histologique confirme le diagnostic. L'exérèse a largement dépassé les lésions.

Les suites sont très simples.

Mais en août 1961, revient avec une subocclusion due à un rétrécissement au niveau de l'anastomose que l'on dilate aux bougies.

La malade est revue en septembre 1962 : son état général est moyen, son poids inférieur à celui avant l'opération. La malade dit ne pouvoir se livrer à aucun travail.

Son fonctionnement intestinal semble assez mauvais : elle se plaint de faux besoins très fréquents et ne peut aller à la selle qu'avec des purges (huile de ricin belladonné). Par ailleurs petite incontinence sphinctérienne par disparition de la sensibilité de la zone anale.

OBSERVATION XXIII

Monsieur Duc..., 25 ans.

Poussée aiguë. Colectomie totale plus greffon iléal anastomose au rectum plus iléostomie terminale. Rétablissement de la continuité.

Entre dans le service le 24 octobre 1960, adressé par le Service du Pr Girard, où il est venu de Bourg-de-Péage, pour recto-colite hémorragique.

Antécédents :

- héréditaires : mère en bonne santé, père mort de cirrhose éthylique ;
- collatéraux : deux sœurs, un frère en bonne santé ;
- aucun antécédent personnel notable.

L'histoire actuelle débute le 1^{er} juin 1960. A la suite, dit le malade, d'une intoxication alimentaire, apparition d'une diarrhée (5 à 6 selles par jour) avec coliques violentes. Ces douleurs coliques vont s'atténuer mais la diarrhée persiste, tandis qu'apparaissent des selles sanglantes, où le sang est en quantité importante, et une température subfébrile. Ces troubles ne tardent pas à entraîner un amaigrissement. Aussi le malade est-il adressé en juillet à l'hôpital de Romans où un lavement baryté pratiqué est en faveur d'un diagnostic de rectocolite hémorragique. Le traitement médical mis en œuvre : transfusions, vitamines K, Cortancyl, n'amène aucun résultat. Le malade est adressé au Service du Pr Girard où des examens sont pratiqués :

— *Rectoscopie* le 13-8-60 (Dr Chabanon) : aspect de recto-colite hémorragique d'intensité moyenne, avec nombreux exsudats purulents.

— *Lavement baryté* : aspect de recto-colite hémorragique typique : microcolie, microrectie, perte des haustrations, altérations de la bordure de sécurité.

Un traitement médical est mis en œuvre. En septembre une nouvelle rectoscopie montre un aspect inchangé, il existe une extension radiologique des lésions à tout le côlon droit, mais elles respectent le grêle.

— *Rectoscopie* le 15-10-60 (Dr Chabanon) : la muqueuse a un aspect uniforme moins grave ; on note la présence de glaires sanguinolantes dans le rectum. Il y a peu de lésions hémorragiques, pas du tout d'infection.

Devant l'absence d'amélioration fonctionnelle, le malade est adressé pour traitement chirurgical : iléostomie plus colectomie totale en conservant le rectum.

A l'entrée, état général médiocre, pas d'appétit, persistance d'un état subfébrile. 4 à 5 selles par jour, selles sanglantes. Douleurs coliques intenses et fréquentes. A l'examen : abdomen souple. Toucher rectal négatif.

Intervention le 31-10-60 (Pr Bertrand, Braillon, Riedweg).

Anesthésie générale. Incision paramédiane gauche longue. Les lésions de recto-colite occupent tout le gros intestin, depuis le fond du Douglas jusqu'au caecum. La dernière anse grêle est macroscopiquement saine.

Après décollement épiploïque, on pratique une colectomie totale dépassant en bas le fond du Douglas avec l'idée d'enlever autant de rectum que possible, d'établir une iléostomie définitive, et de remettre à une amputation périnéale secondaire l'ablation du rectum restant. Mais à la section du rectum, on s'aperçoit que les parois rectales, pour inflammatoires qu'elles soient, ne sont pas tellement malades, et il semble que l'on puisse réaliser une anastomose iléo-rectale immédiate. Mais dans la

crainte d'une fistule qui pourrait être mortelle, on prélève l'avant dernière anse grêle comme greffon iléal. Après hémostase soigneuse du mésentère, le greffon est fermé au niveau de son bout distal, et l'on pratique sans difficulté, sur des tissus rectaux conservables une anastomose iléo-rectale latéro-latérale en deux plans, aux points séparés de nylon fin. Cette anastomose est facilement péritonisée et une péritonisation complète du pelvis est faite. Puis on extériorise la terminaison de l'iléon, par une contre-incision dans la fosse iliaque gauche, le mésentère de cette anse terminale conduisant plus facilement à ce niveau.

Iléostomie terminale à la manière de Brooke.

Par une incision pré-coccygienne, une tuile de caoutchouc est placée dans l'espace pré-sacré.

Suites opératoires : simples. Le transit reprend à la 24^e heure, mais l'iléostomie est inappareillable en raison de la maigreur du malade, on se contente de pansements et de pommade. Les lavages quotidiens du bout inférieur n'empêchent pas la formation d'une suppuration rétro-anaale qui au 30^e jour s'ouvre par un petit orifice pré-coccygien.

Intervention le 30-11-60 (Pr Bertrand).

Par l'anus dilaté sort une grande quantité de pus ; il existe en effet une fistule faisant communiquer l'espace rétro-rectal et le rectum en un point qui semble correspondre à la partie gauche de l'anastomose iléo-rectale. Mise en place d'un drain en avant du coccyx.

Examen histologique : La muqueuse est inflammatoire, hyperplasiée, mais régulière. L'inflammation descend parfois au-dessous de la sous-muqueuse.

Rectoscopie le 3-1-61 : La partie inférieure du rectum présente une muqueuse pratiquement normale mais au niveau de la suture, un aspect toujours infecté avec des sécrétions et granulomes inflammatoires autour des fils.

Intervention le 14-1-61 (Pr Bertrand, Braillon).

Incision unissant après les avoir circonscrits les deux orifices d'aboutissement du grêle. Libération facile du greffon, plus difficile de celle de l'iléostomie à cause de la fixation du mésentère au péritoine pariétal. Implantation après avivement du bout proximal du grêle dans l'anse-greffon. On utilise l'orifice proximal du greffon pour y placer une sonde de Pezzer, ce bout proximal étant suspendu à la paroi à la partie la plus basse de l'incision.

Les suites opératoires ont été relativement simples. On a laissé 11 jours la sonde de l'iléostomie de sûreté. Reprise précoce du transit par les voies naturelles et 15 jours après l'opération le malade présente toutes les 4 heures une selle molle presque moulée. Reprise rapide de l'état général.

Revu en octobre 1961 : va bien ; 6 à 7 selles par jour, une la nuit. Les besoins sont moins impérieux et le malade a l'impression de mieux contrôler son sphincter. A grossi de 5 à 6 kg.

Radiographie : anastomose parfaite.

Rectoscopie : La muqueuse rectale garde encore un aspect lésionnel.

Il y a quelques exsudats sur une muqueuse toujours inflammatoire et saignant facilement au contact de l'endoscope. Ces lésions sont peu intenses. Le moignon rectal est très court ; au-dessus de l'anastomose, bien que l'on ne puisse passer le rectoscope, on voit bien le grêle dont les mouvements péristaltiques facilitent la vision sur 8 à 10 cm : il est parfaitement normal.

Il a été revu en septembre 1962 : son état général est très bon, pesant 36 kg au moment de l'intervention, il pèse actuellement 51 kg, son appétit est bon, mais il reste encore asthénique. Son fonctionnement intestinal est excellent : 3 selles le jour, 3 selles la nuit, sans besoin impérieux ; les selles sont pâteuses en général, mais il suit un régime très vague évitant simplement les œufs, le lait et les féculents.

Est entièrement satisfait de son état, mais n'a pas encore repris son travail : il sort en effet d'un centre de rééducation.

OBSERVATION XXIV

Monsieur Mi..., 24 ans.

Poussée subaiguë. Colectomie totale plus greffon iléal anastomosé au rectum plus iléostomie terminale. Rétablissement secondaire de la continuité.

Première poussée en mars 1960 : douleurs coliques accompagnées de diarrhées noirâtres, 3 à 4 selles dans la journée, 2 ou 3 dans la nuit, température à 38°, asthénie. Cette première poussée dure un mois.

Nouvelle crise en juin 1960 : A la suite d'un épisode affectif, apparition d'un véritable syndrome dysentérique, avec coliques diffuses, asthénie très importante. Ce tableau s'est maintenue sans acalmie pendant 15 mois avec plusieurs hémorragies de sang rouge dont l'une en octobre 1960 a nécessité l'hospitalisation d'urgence. Le syndrome infectieux s'accroît progressivement. L'état général est très touché, l'asthénie intense. Amaigrissement de 10 kg au cours des trois premiers mois stabilisé ensuite. En outre, douleurs articulaires au niveau des tibio-tarsiennes droite et gauche.

Rectoscopie 19-9-61 : lésions importantes et diffuses, exsudatives, hémorragiques et infectées.

Intervention 7-10-61 (Pr Bertrand, Braillon).

Colectomie totale. La section porte, à gauche, un peu au-dessus de la jonction rectum-sigmoïde.

Prélèvement de l'avant-dernière anse iléale qui est anastomosée en termino-terminale au haut rectum. (La paroi rectale est épaissie, la lumière un peu rétrécie, la muqueuse est vernissée et peu mobile sur la musculature). Le mésentère du greffon iléal est suturé au péritoine pariétal postérieur. Fermeture en deux plans du bout proximal du greffon iléal.

Iléostomie terminale à la Brooke dans la fosse iliaque droite.

Pièce : Lésions diffuses de tout le côlon. Il semble que les lésions aillent en diminuant jusqu'au rectum.

Examen histologique : Recto-colite hémorragique typique. Pas de malignité.

Suites opératoires : simples, l'iléostomie fonctionne rapidement, écoulement très abondant et liquide les premiers jours, provoquant quelques ulcérations cutanées sans gravité. La reprise de l'état général est spectaculaire en quelques semaines.

Rectoscopie du 28-10-61 : le moignon rectal est long et l'anastomose fait un coude que le rectoscope ne peut franchir sans douleur. Dans le rectum, lésions inflammatoires plutôt discrètes, sans ulcération ni lésion hémorragique.

Il persiste quelques écoulements muco-glaireux et sanglants par le rectum, malgré un traitement local par l'hydrocortisone.

Intervention le 6-12-61 (Pr Bertrand).

Rétablissement de la continuité. Incision désincérant l'iléostomie. Grosse difficulté pour rentrer dans l'abdomen en raison des adhérences du grêle et on a toutes les peines du monde à identifier le greffon iléal. Anastomose termino-terminale en deux plans après recoupe des deux extrémités.

Suites opératoires : Un peu compliquées au début, du fait de vomissements importants qui ont cédé à l'aspiration (le malade avait bu de façon immodérée) puis du fait d'une complication pulmonaire.

Le reste des suites est simple. Les selles deviennent progressivement plus consistantes, 7 à 8 par 24 heures, les besoins moins impérieux, mais l'incontinence est encore un peu imparfaite quand les selles sont liquides.

Le 16-1-62 la muqueuse rectale a le même aspect qu'avant l'intervention : c'est à peu près celui que l'on voit dans les recto-colites en dehors des poussées aiguës. Pas d'hémorragie, pas d'ulcération.

Le 7 mai 1962 le malade est revu : l'état général est excellent quoique son poids reste un peu inférieur à celui avant l'opération. Le sommeil est bon, l'appétit excellent.

Le fonctionnement intestinal est satisfaisant, quoique les selles soient encore fréquentes (4 le jour, 4 la nuit). Pas de besoin impérieux. Selles pâteuses, quelquesfois liquide lors des écarts de régime.

La rectoscopie montre l'état inchangé de la muqueuse rectale.

Le malade est très satisfait de son état ; il conserve cependant quelques douleurs au niveau du talon gauche qui n'ont pas disparues malgré la colectomie.

OBSERVATION XXV

Madame Gre..., 53 ans.

Forme aiguë prédominante sur le côlon gauche. Hémi-colectomie gauche plus anus colique droit. Récidive. Hémi-colectomie droite plus iléostomie terminale. Fistule entéro-cutanée au niveau de l'iléostomie. Transplantation de l'iléostomie. Décès (fistule du grêle).

En 1955, la première poussée, bénigne, apparaît à la suite d'une inter-

vention chirurgicale pour pyo-salpinx. Nouvelle poussée en Août 1958, plus grave, à la suite d'une injection de Novurit : 6 à 8 selles par jour avec sang, faux besoins, améliorée par un traitement symptomatique.

Mais une rechute en mai 1959 nécessite son hospitalisation : on pratique alors :

Un lavement baryté qui montre un aspect de sigmoïdite diverticulaire et une *rectoscopie* qui montre des lésions typiques mais peu intenses de recto-colite.

Un traitement médical (Dectancyl, salazopyrine) améliore le syndrome diarrhéique sans le faire disparaître complètement.

Depuis juin 1959 le syndrome dysentérique a persisté sur un mode mineur, puis en avril 1961 une nouvelle poussée aiguë, à la suite d'un choc affectif, avec jusqu'à 23 selles par jour, une température oscillante (37°, 39°), asthénie, amaigrissement de près de 25 kg.

Une rectoscopie à cette époque montre des lésions beaucoup plus importantes avec ulcérations. Lavement baryté : il montre des lésions assez localisées au sigmoïde.

Le caractère aigu de cette poussée, résistante au traitement médical fait poser l'indication opératoire.

Intervention le 9-6-61 (Pr Bertrand).

Lésions très nettes au niveau du sigmoïde, extrêmement dicrètes sur le côlon et le transverse. En raison de l'âge et de l'état général : *hémicolectomie gauche et anus transverse droit.*

Pièce : Lésions intenses sur le sigmoïde ; le côlon descendant sain. Le transverse gauche discrètement atteint.

Les suites opératoires sont très simples.

Mais le 22 août 1961, nouvelle poussée : température 38°, 39°, selles diarrhéiques. Le moignon rectal apparaît presque cicatrisé à la rectoscopie, mais persiste des ulcérations anales.

En raison de la résistance au traitement médical, on intervient.

Intervention le 20-9-1961 (Pr Bertrand, Lombard).

Colectomie droite. On serait tenté, si l'état général était meilleur et s'il n'existait d'ulcérations anales de rétablir la continuité. En fait, *iléostomie droite* à la Brooke.

L'examen histologique : Lésion assez importante sur le côlon droit.

Suites opératoires : Satisfaisantes du point de vue général. Mais l'iléostomie se réintègre, et cet état aboutit rapidement à une vaste ulcération cutanée nécessitant une transposition qui est faite le 10-10-61 : *iléostomie dans la fosse iliaque gauche.* (Au cours de cette réintervention, difficile, une anse grêle est ouverte).

Les suites opératoires : température, suppuration pariétale et apparition au bout de 15 jours d'une fistule du grêle par l'ancienne plaie de l'iléostomie.

Intervention le 10-11-1961 (Pr Bertrand). Toute tentative de fermeture directe de la fistule semble illusoire étant donné l'état de la plaie. On se contente de mettre en place un gros drain de Kehr, le but recherché étant d'amener la fistule à la peau.

La malade décède deux mois après : il existe dans la paroi un vaste cratère et la fistule entraîne assez rapidement la cachexie.

OBSERVATION XXVI

Madame Che..., 44 ans.

Forme subaiguë. Colectomie totale plus iléostomie.

Début en juillet 1960 à la suite de changement de condition de vie qui l'affecte : syndrome diarrhéique, atteignant en un mois 10 à 15 selles par jour avec douleurs.

Des examens pratiqués à cette époque, ayant montrés une exclusion vésiculaire, on pratique dans une autre ville une cholécistectomie et une appendicectomie. Il est noté au cours de l'intervention l'existence de nombreux polypes intestinaux.

Depuis l'intervention, la diarrhée persiste mais sur un mode moindre.

La persistance de ces troubles motive son hospitalisation en Mai 1961 chez le Pr Girard : l'état général est assez atteint : amaigrissement de 4 kg, mais pas de température.

Lavement baryté : aspect de microcolie, avec bordure en grain de « tapiocca » évoquant la recto-colite, diagnostic que confirme la rectoscopie montrant des lésions d'intensité moyenne.

Le traitement au Mageptil amène une amélioration. Mais la malade fait un épisode d'hypertonie extra-pyramidal d'origine mystérieuse et qui régresse.

En Juillet 1961, les troubles persistent inchangés mais l'état rectal reste stationnaire : Indication : colectomie plus iléostomie. Rétablissement secondaire de la continuité.

Intervention le 15 juillet 1961 (Lombard).

Colectomie subtotal. Le bout sigmoïdien est amarré à la peau. *Iléostomie terminale* à la Brooke.

Pièce : Lésions coliques diffuses. Iléon malade sur 20 cm.

Examen histologique : lésions intenses et diffuses de rectocolite.

Suites opératoires : elles sont troublées par l'apparition au 3^e jour d'une occlusion.

Réintervention le 18 juillet 1961 (Lombard).

Anses grêles collées à la zone dépéritonisée de la fosse iliaque gauche. Péritonisation après libération des anses.

Les suites opératoires sont alors très simples.

La malade est revue en octobre 1961 : l'iléostomie fonctionne normalement, avec un appareil appliqué. L'état général est floride. Mais il persiste un écoulement glaireux par l'anus. La rectoscopie montre une muqueuse rectale toujours pathologique avec des ulcérations superficielles, une fragilité vasculaire importante.

Le 19 mars 1962 la malade est revue en excellent état général : a repris 17 kg. Son iléostomie fonctionne bien, quoique parfois de façon liquide et abondante. L'écoulement par le rectum est plus discret et la rectoscopie montre une microrectie, mais une muqueuse dont l'état s'est considéra-

blement amélioré depuis le dernier examen : pas de pus. Hémorragie discrète, quelques exsudats.

Ces conditions semblent favorables à un rétablissement de la continuité mais la malade refuse une nouvelle intervention, préférant conserver son iléostomie plutôt que d'avoir 4 à 5 selles par jour.

OBSERVATION XXVII

Monsieur Henri D..., 57 ans.

Poussée aiguë. Image néoplasique du sigmoïde à la radiographie. Colectomie totale plus iléostomie terminale. Décès.

On retrouve dans ses antécédents :

— un ictère à 18 ans,

— des hémorroïdes traitées par sclérose en 1930.

Depuis 1940, diarrhée intermittente avec deux selles par jour en moyenne, jamais moulées, traduisant probablement le début de la recto-colite hémorragique.

En mai 1960, un nouvel ictère avec fièvre, qui dure trois semaines et nécessite un traitement par corticoïdes.

L'affection actuelle débute brusquement en mars 1961 par des douleurs de la fosse iliaque gauche, accompagnées de température et deux à trois selles par jour non moulées mais sans anomalie.

Le malade hospitalisé à Saint-Claude est mis sans succès aux antibiotiques. Il perd 15 kg par mois.

L'analyse des selles montre du pus en grande quantité et les coprocultures donnent lieu au développement de staphylocoque doré.

Le lavement baryté aurait été normal.

La rectoscopie met en évidence un papillome à base large mais la muqueuse est normale.

Les sérodiagnostics sont négatifs.

On admet alors qu'il s'agit d'une entérocolite à staphylocoques et le traitement est fait de chloromycétine, de salazapyrine, puis de prednisone qui amène une sédation mais est assez mal supporté.

Rentré chez lui le 26 mai 1961 le sujet fait presque aussitôt un nouvel épisode diarrhéique fébrile qui ne le fait entrer dans le Service du Pr Girard que le 4 septembre 1961.

A ce moment, le malade est très amaigri. La température est autour de 39°. La V.S. à 60 %. Le masque est celui d'un grand infecté.

Les selles sont au nombre d'une quinzaine par jour.

L'examen somatique ne montre qu'une petite hypertrophie hépatique hypoprotéïnémie.

Le lavement baryté montre :

1°) Un aspect diffusément inflammatoire du côlon évoquant la recto-colite hémorragique.

2°) Au niveau du sigmoïde, une image, de rétrécissement évoquant le néoplasme.

A la rectoscopie, il existe vers la jonction recto-sigmoïdienne une for-

mation polypoïde volumineuse qui est biopsée et dont l'aspect évoque une tumeur villositaire ou un polype adénomateux. Par ailleurs la muqueuse rectale est le siège de lésions très en faveur d'une rectocolite hémorragique avec exsudation de pus mais pas d'hémorragie.

En définitive, on se trouvait en présence de l'association d'un polype du haut rectum, d'une recto-colite hémorragique évoluant depuis des années et d'un rétrécissement sigmoïdien d'origine néoplasique probable.

La biopsie montra que la tumeur visible en rectoscopie est un polype glandulaire simple.

L'intervention fut décidée et réalisée le 19 septembre 1961.

Paramédiane gauche. Accolement des anses grêles entre elles, au sigmoïde et à la paroi antérieure. Lors de la libération, une anse grêle déchirée devra être réséquée. Rétablissement de la continuité grêle-grêle par anastomose bout à bout.

Aspect de recto-colite hémorragique avec cancer du sigmoïde.

On pratique une *colectomie* totale descendant bas sur le rectum emmenant 10 cm au-dessous du cancer une masse molle correspondant au polype vu à la rectoscopie.

A noter un abcès rétrocaecal.

Suture du bout inférieur du rectum et exclusion du pelvis par deux mèches et un drain.

Iléostomie terminale, dans la fosse iliaque droite.

Examen de la pièce :

Macroscopiquement : Lésions typiques de recto-colite hémorragique diffuse mais respectant relativement le caecum.

Gros cancer encéphaloïde du sigmoïde.

Masse confluyente de polypes, 10 cm plus bas.

Microscopiquement : Premier fragment du côlon transverse : large ulcération de la muqueuse avec tissu de granulation très vascularisé pénétrant la musculature : Aspect typique de recto-colite hémorragique.

— Deuxième fragment de néoplasme du sigmoïde : épithélioma colloïde typique.

— Troisième fragment de polypes rectaux : prolifération épithéliale de type papillaire. Les anomalies cellulaires et architecturales sont en faveur de la dégénérescence.

Suites opératoires : Au troisième jour collapsus mortel.

OBSERVATION XXVIII

Madame Ch..., 30 ans.

Occlusion aiguë par cancer du sigmoïde. Caecostomie. Colectomie totale par anastomose iléo-sigmoïdienne.

Sans antécédent pathologique personnel mais dont le père est mort de cancer colique.

Cette malade est une constipée chronique habituelle avec deux selles par semaine.

En 1960 sont apparus des symptômes que l'on peut rapporter à la

colite ulcéreuse bien qu'aucun examen n'ait été pratiqué, les troubles consistaient en un syndrome dysentérique permanent avec 5 à 8 selles par jour, presque sanglantes.

Neuf mois après, un phénomène douloureux nouveau, de type colique de Duval était apparu, se greffant sur les symptômes précédents au rythme de deux crises par semaine.

La malade est hospitalisée d'urgence le 25 juillet 1961 au service de porte pour un syndrome abdominal aigu, avec défense abdominale et météorisme diffus.

La radiographie simple montre une distension globale et massive du gros intestin.

Intervention d'urgence le 25 juillet 1961.

Médiane sous-ombilicale. Liquide trouble, inodore, dans le ventre. On découvre un cancer du sigmoïde avec monstrueuse distention colique d'amont et rétrodilataion du grêle. Etant donné l'état de la malade on se borne à un anus caecal par Mac Burney droit.

Les suites sont simples et on pratique des explorations complémentaires. Une rectoscopie montre une muqueuse rectale absolument normale. Sur le lavement baryté, par contre, il existe un arrêt sigmoïdien total que la baryte ne peut franchir.

Réintervention le 9 août 1961.

Médiane xyphopubienne :

Gros néoplasme de la partie moyenne du sigmoïde sans ganglions perceptibles ni métastases. Tout le cadre colique présente un aspect typique de colite ulcéreuse.

Dans ces conditions, on réalise une colectomie totale vraie avec ligature de l'artère mésentérique inférieure à son origine. Section du rectum à deux travers de doigt du fond du Douglas. Comme le laissait prévoir la rectoscopie, paroi et muqueuse rectale sont normales.

La continuité est rétablie par anastomose iléorectale latéroterminale en deux plans, bord à bord.

Pas de péritonisation. Un drain présacré, une tuile dans chaque décollement lombaire droit et gauche.

Macroscopiquement : Lésions typiques de colite ulcéreuse respectant en partie le caecum.

Néoplasme végétant du sigmoïde dépassé vers le bas de 15 centimètres.

Histologiquement : Premier fragment (paroi du transverse) lésion typique de colite ulcéreuse avec ulcération détruisant tout l'épithélium et la sous-muqueuse. Les lésions s'accompagnent d'une vaso-dilatation importante.

Le deuxième fragment (néoplasme du sigmoïde) est envahi par un épithélioma glandulaire typique de type papillaire par endroit muscosécrétant avec de véritables flaqes interstitielles de mucus.

Les suites opératoires sont simples.

A été revue en septembre 1962, son état général est excellent. Son poids est supérieur de 6 kg à celui avant l'intervention. L'appétit est excellent, elle ne suit aucun régime. Elle a repris son travail complet.

Son fonctionnement intestinal est très bon. 3 selles le jour, 2 la nuit avec quelquefois des besoins impérieux. Les selles sont habituellement pâteuses mais quelquefois moulées ou liquides suivant le régime.

OBSERVATION XXIX

Madame Fo..., 36 ans.

Recto-colite hémorragique chronique avec rétrécissement rectal bas. Colectomie totale plus greffon iléal, plus iléostomie terminale. Rétablissement secondaire de la continuité digestive.

Pas d'antécédent.

L'affection a débuté avec des contrariétés familiales au début de 1955 : asthénie, amaigrissement, puis des hémorragies rectales attribuées d'abord à des hémorroïdes. Le syndrome se complète progressivement par l'apparition de diarrhées (5 selles par jour) ; et pendant un an ce syndrome se poursuit, sans augmentation notable des signes (sauf un amaigrissement important : 25 kg environ).

Elle est hospitalisée en Avril 1956 à Dijon où le traitement médical provoque une amélioration notable, mais les troubles persistent cependant sur un mode mineur.

Cette évolution se poursuit sur un mode chronique avec des poussées au printemps et à l'automne ce qui motive son hospitalisation dans le Service du Pr Bertrand en mai 1962.

A l'entrée, l'état général est moyen (Poids : 52 kg), le syndrome dysentérique toujours présent (3 à 4 selles par jour). Le toucher rectal met en évidence un rétrécissement à 4 cm de l'anus. Le lavement baryté montre des signes de colite évidents sur le côlon gauche et la moitié gauche du transverse : rigidité, microcolie, disparition des haustrations.

En raison de ce syndrome chronique, et surtout du rétrécissement rectal, on pose l'indication opératoire.

Intervention le 29 mai 1962 (Pr Bertrand, Lombard).

Le côlon droit semble sain ; mais étant donné que des radios antérieures auraient montré son atteinte, on fait une *colectomie totale*, enlevant le rectum jusqu'en dessous du rétrécissement.

Un *long greffon iléal* est anastomosé avec le canal anal (anastomose d'ailleurs laborieuse en un plan total à points séparés). Le greffon iléal est disposé en crosse d'évêque à la manière de Gilbertas. Il est fixé lâchement par deux points dans la fosse iliaque droite.

Iléostomie terminale à la Brooke.

Pièce : Grosse lésion jusqu'à la partie droite du transverse, maximum au niveau du côlon pelvien et du rectum. Sur le côlon droit : nombreux polypes muqueux.

Les suites générales sont simples sauf vers le 15^e jour où quelques vomissements alimentaires cèdent par un traitement à l'Atropine.

Il persiste un écoulement anal purulent.

L'iléostomie fonctionne bien, mais apparaissent des ulcérations cutanées qui en aucun moment ne deviennent graves mais gênent considérablement la malade.

Elle revient en septembre 1962 pour la persistance d'écoulement anal.

Rectoscopie le 27-9-62 : moignon rectal court. Etat muqueux satisfaisant. L'anastomose est légèrement sténosée.

Le 2-10-62 sous A. G. on pose une tige de laminaire n° 30 à travers l'anastomose.

Intervention le 9-10-62 (Pr Bertrand, Lombard).

Rétablissement de la continuité par implantation termino-terminale de la dernière anse grêle sur la convexité de l'anse greffon.

Suites opératoires sont simples au point de vue général, le nombre des selles se fixe rapidement à 6 par jour mais il existe une irritation de la marge de l'anus.

La malade revient le 6-2-63 pour une inflammation anale avec petites ulcérations ; le nombre des selles est de 13 par jour, pâteuses, et ceci malgré un régime très strict.

La rectoscopie montre un petit moignon rectal dont la muqueuse est très inflammatoire avec des petites excoriations de l'anus.

Ces troubles ne sont pas améliorés par le traitement : bismuth, extrait thébaïque, lavement à l'hydrocortisone ; la région anale est très irritée, sans véritables ulcérations, que ne peut améliorer le traitement local par différents produits.

Cet état fonctionnel contraste avec un état général floride (a dépassé son poids d'avant l'opération).

OBSERVATION XXX

Monsieur Hir..., 23 ans.

Recto-colite hémorragique aiguë. Colectomie totale plus iléostomie terminale plus anastomose iléo-rectale d'une anse exclue.

L'affection a débuté en Mai 1960 par des hémorragies de sang rouge accompagnant un syndrome douloureux abdominal. Sur la vue de la bulbe duodénale déformée à la radiographie, on porte le diagnostic d'ulcère duodénal. Mais le traitement n'améliore que peu les troubles et les rectorragies persistent. La rectoscopie pratiquée en Novembre 1960 ne montre que quelques taches ecchymotiques sans ulcération.

Des alternatives d'amélioration et d'aggravation aboutissent en juillet 1962 à un syndrome dysentérique fébrile avec baisse de l'état général. Le diagnostic de recto-colite hémorragique est soupçonné et confirmé par le lavement baryté qui montre des signes discrets au niveau du côlon gauche et la rectoscopie qui montre des lésions typiques.

Le traitement médical tenté est difficile à conduire en raison d'une intolérance à la salazopyrine. L'état général reste précaire et la température oscillante.

Les examens montrent une aggravation des signes : la rectoscopie (septembre 1962) montre une augmentation des lésions avec apparition de pseudopolypes inflammatoires. La radiographie montre une extension à tout le côlon.

Pour ces raisons, l'indication chirurgicale est posée.

Intervention en octobre 1962 (Pr Bertrand, Lombard).

Lésions importantes et diffuses sur tout le côlon. Colectomie totale et ablation de la moitié du rectum. Greffon iléal anastomosé en latéro-terminal avec un rectum dont les parois sont très atteintes. Iléostomie terminale.

Les suites opératoires ont été simples.

Le malade a été revu récemment. Son état général est en tous points excellent ; son iléostomie fonctionne parfaitement bien et le malade s'estime très satisfait. Mais jusqu'au mois dernier les lésions rectales sont restées inchangées, ce qui a contre-indiqué jusqu'à présent le rétablissement de la continuité. Mais le dernier examen a montré une nette amélioration des lésions ; la muqueuse reste cependant fragile, présentant encore quelques petits pseudopolypes ; mais le rétablissement de la continuité sera effectué dans quelque temps.

ANNEE	OBSERVATIONS	CLINIQUE	INTERVENTIONS	RESULTATS	
				DÉCÈS	VIVANTS
1951	N° 1	Aiguë	Iléostomie isolée	+	
1953	N° 2	Aiguë	Caecostomie	+	
1953	N° 3	Aiguë	Iléostomie	+	
1955	N° 4	Subaiguë	Colectomie totale + Anastomose iléo-sigmoïdienne Rectectomie + anastomose iléo-ana-	Fistule du grêle	
1955	N° 5	Chronique	Iléostomie terminale Iléostomie terminale - Colectomie totale	Fistule du grêle	
1956	N° 6	Chronique (Diagnostic erroné de cancer)	Amputation abdomino-périnéale Colectomie totale + iléostomie		+
1956	N° 7	Aiguë	Caecostomie - Iléostomie Colectomie totale + iléostomie		+
1956	N° 8	Aiguë	Colectomie totale + iléostomie Proctectomie	Fistule du grêle	
1956	N° 9	Aiguë	Colectomie totale + iléostomie	Cancer de l'ovaire 6 ans après	
1956	N° 10	Aiguë	Colectomie totale + iléostomie	Péritonite	
1956	N° 11	Très aiguë	Pas d'intervention	+	
1957	N° 12	Chronique	Colectomie totale + iléostomie - Proctectomie		
1957	N° 13	Chronique (Hémorragies)	Colectomie totale + iléostomie	Péritonite	+

1958	N° 14	Aiguë	Colectomie totale + iléostomie - Proctectomie		+
1959	N° 15	Aiguë	Colectomie totale + Caecostomie	Péritonite	
1959	N° 16	Chronique abcès multiples	Colectomie subtotale + anastomose iléo-sigmoïdienne	+	
1959	N° 17	Chronique	Colectomie totale + anastomose sigmoïdienne		+
1960	N° 18	Aiguë	Caecostomie	+	
1960	N° 19	Chronique	Colectomie totale + iléostomie - Proctectomie		+
1960	N° 20	Chronique (Hémorragies)	Colectomie totale + iléostomie	+	
1960	N° 21	Chronique	Exclusion unilatérale	Péritonite	+
1960	N° 22	Segmentaire	Abdomino-transanale		
1960	N° 23	Aiguë	Colectomie totale + greffon iléal + iléostomie Rétablissement de la continuité		+
1961	N° 24	Subaiguë	Colectomie totale + greffon + rétablissement secondaire		+
1961	N° 25	Segmentaire puis totale	Hémicolectomie gauche Hémicolectomie droite + iléostomie	Fistule entéro-cutanée	
1961	N° 26	Subaiguë	Colectomie totale + iléostomie		+
1961	N° 27	Aiguë + cancer	Colectomie totale + iléostomie	+	
1961	N° 28	Occlusion par cancer	Caecostomie - Colectomie totale + anastomose iléo-sigmoïdienne		+
1962	N° 29	Chronique (Rétrécissement)	Colectomie totale + greffon + iléostomie Rétablissement de la continuité		+
1962	N° 30	Aiguë	Colectomie totale + greffon + iléostomie		+

CHAPITRE VI

Les résultats

Cette maladie est de connaissance relativement récente en France, et il n'existe que depuis peu de temps des statistiques suffisantes pour permettre de tirer des conclusions valables.

Chaque chirurgien n'a réuni au début que quelques cas ; la thérapeutique appliquée alors n'a souvent pas été ce qu'elle aurait dû être. Notre expérience, basée sur 30 observations, est un exemple d'une expérience progressivement acquise et de résultats en constante amélioration.

I - MORTALITE

Voici, exposée année par année, notre mortalité, en tenant compte de la gravité de la maladie, du délai entre le début et l'intervention chirurgicale, et des interventions pratiquées. (Tableau).

Cette mortalité est importante, mais ces chiffres bruts demandent à être expliqués, analysés, interprétés.

La première constatation que l'on peut faire est que les décès se répartissent surtout dans les premières années, alors que les dernières nous ont apporté beaucoup plus de succès.

Les causes de la mortalité sont rarement imputables à des complications banales comme il en survient après toutes chirurgies relativement importantes, mais surtout à des erreurs d'indication, de tactique ou de technique chirurgicale.

A - DÉCÈS IMPUTABLES A DES COMPLICATIONS BANALES. Nous n'en possédons que deux observations :

— Dans un cas (Obs. n° 20) le malade était porteur d'une grosse déformation vertébrale et thoracique et il est mort deux jours après la colectomie totale, d'insuffisance respiratoire malgré la trachéotomie qui avait été pratiquée avant l'intervention.

— Dans un autre cas (Obs. n° 27) il s'est agi d'un décès brutal survenu après une colectomie pratiquée pour une forme chronique dégénérée (Collapsus par infarctus ou embolie pulmonaire ?).

B - DÉCÈS IMPUTABLES A DES ERREURS : ce sont les plus nombreux et qui se répartissent surtout dans les premières années de nos statistiques.

— *Erreurs d'indication* : il s'est agi soit d'erreur portant sur le moment de l'intervention, soit sur le geste à accomplir lors de l'intervention.

— Le moment de l'intervention a souvent au début été mal choisi. Les malades nous ont en effet été confiés dans un état grave après plusieurs mois de tentative de traitement médical, soit que le diagnostic de recto-colite n'ait pas été porté, soit que l'on en ait espéré une amélioration. Nous relevons en effet 4 observations dans lesquelles le délai entre le début de la phase aiguë et l'acte chirurgical est de un mois dans un cas, deux à trois mois dans les autres.

— Le geste à accomplir n'a probablement pas été dans ces cas réalisé. L'état des malades était en effet toujours catastrophique, avec un amaigrissement intense, fièvre oscillante, syndrome diarrhéique à son maximum et souvent un état de prostration. L'aspect de ces malades nous a conduit dans ces 4 observations à pratiquer des dérivations isolées (2 iléostomies et 2 caecostomies) qui se sont soldées par des échecs, la maladie ayant continué à évoluer.

D'après ce que nous avons pu lire dans la littérature et d'après notre expérience actuelle, il est probable que de tels cas auraient bénéficié d'une colectomie totale, opération que nous pratiquons actuellement dans des cas semblables.

— *Erreurs de tactique opératoire* : sont à notre avis responsables de 3 décès.

— Dans un cas (Obs. n° 16) nous avons réalisé une colectomie totale avec anastomose iléo-sigmoïdienne, bien que la malade ait présenté des abcès périnéaux multiples et deux perforations à l'intervention, ce que nous considérons actuellement comme des contre-indications formelles à une tentative de rétablissement immédiat de la continuité.

— Dans un autre cas (Obs. n° 21), le mauvais état général du malade joint à l'existence d'une grosse masse inflammatoire au niveau de l'angle gauche dont l'exérèse a semblé trop dangereuse nous ont poussé à réaliser une exclusion unilatérale par anastomose iléo-sigmoïdienne. Le décès est survenu par péritonite due à un

lâchage de l'anastomose. Une telle évolution aurait peut-être pu être évitée par une dérivation isolée.

— Enfin, dans un cas (Obs. n° 4) où nous avons pratiqué une anastomose iléo-sigmoïenne, la persistance et même l'aggravation des lésions rectales nous ont conduit à pratiquer deux mois et demi après la première intervention une rectectomie avec anastomose iléo-anale, intervention laborieuse qui s'est compliquée dans les suites d'une fistule du grêle qui a entraîné la mort de la malade alors qu'une iléostomie, plus rapidement pratiquée, n'aurait probablement pas fait courir les mêmes risques.

— *Erreurs de technique* : elles ont porté soit sur la réalisation de l'iléostomie, soit sur d'autres points de technique.

— *La malfaçon de l'iléostomie* est responsable d'un décès (Obs. n° 25) : cette malade pour laquelle nous avons d'abord fait une hémicolectomie gauche, puis une hémicolectomie droite avec iléostomie terminale à la Brooke-Turnbull, a présenté dans les suites une fistule entéro-cutanée au niveau de son iléostomie. Cette complication a entraîné l'apparition d'une vaste ulcération (deux paumes de mains) qui a entraîné l'obligation de transplanter l'iléostomie dans la fosse iliaque gauche, mais cette intervention laborieuse a entraîné dans ses suites une fistule du grêle responsable du décès.

— La mauvaise réalisation d'une caecostomie (Obs. n° 15) s'est de même compliquée d'une péritonite que la réintervention n'a pu guérir.

— D'autres erreurs techniques peuvent être incriminées.

— (Obs. n° 13) : une péritonisation soigneuse des fosses lombaires avait été pratiquée après la colectomie mais sans drainage. Au 4^e jour est apparu un syndrome de péritonite. La réintervention a montré l'existence d'une cellulite rétro-péritonéale importante qui a entraîné la mort malgré la désunion de la péritonisation et le drainage des fosses lombaires.

— Une fistule du grêle (Obs. n° 8) a compliqué une proctectomie complémentaire.

— Une occlusion (Obs. n° 10) dont le diagnostic n'a pas été fait à temps s'est compliquée de péritonite.

— Enfin, une anastomose iléo-anale tentée 4 mois après la colectomie totale s'est compliquée d'une fistule du grêle qui a entraîné le décès.

II - LA MORBIDITE

Nous n'avons pas relevé dans notre statistique de complications veineuses ou de complications pulmonaires graves.

Par contre, nous avons observé deux types de complications abdominales : les occlusions, les fistules entéro-cutanées au niveau de l'iléostomie.

A - LES OCCLUSIONS (deux observations). Dans un cas il s'agissait d'une occlusion banale par agglutination d'anses dans la zone dépéritonisée de la fosse iliaque gauche. Dans un autre cas, il s'est agi d'une occlusion en amont de l'iléostomie (Obs. n° 10) et qui a entraîné la mort du malade.

B - LES FISTULES ENTÉRO-CUTANÉES (trois observations), toujours imputables à des fautes techniques, sont en réalité actuellement exceptionnelles du fait de l'adoption de la technique de Brooke-Turnbull : nous n'en avons observé qu'une parmi les 9 dernières iléostomies de ce type.

III - LES RESULTATS FONCTIONNELS

14 malades sont actuellement en vie et ont pu être suivis pendant plusieurs années. 8 sont porteurs d'une iléostomie, 6 ont eu un rétablissement de la continuité digestive.

A - LES MALADES ILÉOSTOMISÉS (5 hommes, 3 femmes).

— Parmi ces 8 malades, 7 sont encore en vie ; la malade de l'observation n° 9 étant décédée 5 ans après l'iléostomie d'un cancer de l'ovaire. Ces malades ont pu être suivis pendant 6 ans pour le plus ancien, un an pour le plus récent.

— Trois de ces malades ont été opérés dans un état grave et ont subi d'emblée une colectomie totale avec iléostomie terminale. Quatre étaient des formes chroniques que nous avons vues dans un état généralement précaire, mais rarement désastreux.

— Les opérations pratiquées ont été 6 fois des colectomies totales complétées dans un second temps par une amputation abdomino-périnéale du rectum, 1 fois parce que l'on pensait à un cancer (Obs. n° 6), les 7 autres pour des lésions rectales importantes, en un temps où nous considérions cet état comme une contre-indication à une tentative de rétablissement de la continuité.

Dans deux cas le rectum a été conservé (Obs. n^{os} 26 et 30), mais le rétablissement de la continuité n'a pas encore été entrepris dans un cas parce que la malade refuse une nouvelle intervention et dans l'autre parce que les lésions rectales n'ont pas suffisamment rétrocedé.

— Dans l'ensemble, ces résultats sont excellents. Dans tous les cas, l'état général est bon, et 4 de ces malades ont repris leur travail.

— Le fonctionnement intestinal de ces malades est extrêmement variable : deux seulement ont une évacuation intermittente 5 à 6 heures après les repas, les autres ont une évacuation continue avec des selles pâteuses ou liquides obligeant à de fréquents changements de poches. Mais il faut signaler qu'aucun de ces malades ne fait un régime strict, et se contente seulement d'éviter un ou deux types d'aliments.

B - LES RÉTABLISSEMENTS DE LA CONTINUITÉ se répartissent ainsi : deux anastomoses iléo-sigmoïdiennes (Obs. n^{os} 17 et 28) ; une abdomino-transanale (Obs. n^o 22) ; trois rétablissements secondaires de la continuité suivant la technique personnelle que nous avons décrite (Obs. 23, 24, 29).

— Les deux cas d'anastomose iléo-sigmoïdienne ont été pratiqués une fois pour une malade présentant une forme subaiguë de rectocolite et cette intervention a été réalisée en un temps, l'autre fois pour une malade qui présentait un cancer du sigmoïde, et était réalisée après une cœcostomie faite devant un tableau d'occlusion aiguë. Dans les deux cas les résultats sont excellents ; ces deux malades ont repris leur travail, présentent 3 à 4 selles par jour, pâteuses. Ces résultats se maintiennent depuis 4 ans pour l'une, depuis deux ans pour l'autre.

— Une abdomino-transanale dont le résultat est excellent et se maintient depuis deux ans et demi. La malade signale cependant quelques troubles qui sont imputables au type de l'opération : petite incontinence sphinctérienne par la disparition de la sensibilité anale.

— Les rétablissements en deux temps suivant la technique que nous avons adoptée nous ont donné dans trois cas de bons résultats :

L'état général est en tous points parfait, les malades ayant repris un poids égal à celui qu'ils présentaient avant l'opération.

Les résultats fonctionnels sont bons dans les trois cas :

En effet, le nombre des selles est limité à 5 ou 6 par jour, selles habituellement pâteuses, exceptionnellement liquides lors de gros écarts de régime. Ils ont rapidement vu disparaître les besoins impérieux qu'ils présentaient avant l'opération. L'examen rectoscopique a d'ailleurs montré l'amélioration des lésions rectales, mais cepen-

dant la muqueuse reste fragile, le siège dans un cas de quelques petites ulcérations très superficielles.

Il faut signaler cependant que la malade de l'observation n° 29 présente, quoique ses selles soient pâteuses, une irritation de la région péri-anale avec quelques excoriations superficielles. Ces lésions sont les mêmes que cette malade avait déjà présentées sur la peau autour de l'iléostomie transitoire qui avait été pratiquée dans un premier temps. Ces lésions n'ont pu être améliorées au cours d'un récent séjour dans le service malgré toutes les tentatives de régime et de pansement ; et l'on se demande s'il ne faut pas demander aux caractères chimiques des selles l'explication de ces troubles.

Les résultats excellents que nous avons obtenus par la colectomie totale avec iléostomie suivie d'un rétablissement secondaire de la continuité nous confirment dans l'opinion que nous avons eue après la lecture de la littérature étrangère que cette opération doit être tentée dans tous les cas qui ne présentent pas de contre-indications formelles, c'est-à-dire de lésions sphinctériennes ou péri-sphinctériennes. On est toujours à temps si les lésions persistent ou s'aggravent de revenir à une iléostomie.

Conclusions

I. — L'objet de ce travail est l'analyse de la statistique du Professeur Pierre BERTRAND comprenant 30 Observations de recto-colites hémorragiques, et la description d'un procédé personnel de rétablissement de la continuité digestive après colectomie totale.

II. — C'est une affection encore rare en France et dont la fréquence et la gravité semblent croître chaque année.

— Anatomiquement elle se caractérise par une atteinte habituellement diffuse de tout le côlon, atteignant dans les formes graves toute l'épaisseur de la paroi ; l'iléon lui-même est fréquemment atteint, ce qui justifie l'exérèse de la dernière anse iléale au cours de la colectomie. Il faut signaler cependant l'existence rare (10 %), mais incontestable de formes segmentaires atteignant soit le côlon gauche, soit le côlon droit.

— Cliniquement elle est caractérisée par son évolution capricieuse rendant tout pronostic souvent impossible.

On peut distinguer des formes gravissimes, exceptionnelles en France, dont nous ne possédons d'ailleurs qu'un exemple ; des formes aiguës dont l'intensité est extrêmement variable d'un malade à l'autre, mais qui se caractérisent par l'intensité du syndrome diarrhéique, par l'atteinte profonde de l'état général.

Il existe également des formes chroniques, syndromes diarrhéiques au long cours, sur lesquels peuvent se greffer des poussées aiguës. C'est dans ces formes que peuvent apparaître des complications à distance (articulaires, cutanées, oculaires, hépatiques), locales (abcès, fistules). C'est également après une longue évolution, en général, que peut se manifester la *dégénérescence néoplasique*, complication relativement fréquente (2,5 à 3 %), qui est sans rapport avec l'existence de pseudo-polypes inflammatoires qu'il est habituel de rencontrer dans cette forme ; c'est cette possibilité de dégénérescence qui pour certains doit rendre chirurgical le traitement de la forme chronique de la recto-colite.

III. — *Les méthodes de traitements chirurgicales :*

— Les dérivations isolées (caecostomie, surtout iléostomie) sont actuellement abandonnées sauf cas exceptionnel.

— Le traitement actuel est la colectomie totale, dont la réalisation ne présente pas de difficulté particulière puisqu'en l'absence de dégénérescence maligne la ligature peut être faite au ras des mésos ; la seule particularité réside dans la très grande fragilité du côlon qui doit rendre très précautionneuses toutes les manœuvres pour éviter sa rupture.

L'exérèse peut être limitée au côlon, ou être d'emblée une coloproctectomie totale (GOLIGHER). La majorité des auteurs préfère remettre à plus tard, s'il est utile, le temps d'exérèse rectale qui se fait habituellement par voie abdomino-périnéale.

— L'iléostomie par laquelle on termine habituellement cette opération d'exérèse est actuellement pratiquée suivant la technique de Brooke-Turnbull, dite technique de l'éversion ou de la greffe muqueuse ; l'adoption de cette technique par la majorité des auteurs tient au fait que l'on a vu ainsi disparaître la plupart des complications de l'iléostomie, les longues phases de maturation que l'on rencontrait autrefois.

— Les techniques de rétablissement de la continuité sont multiples.

— Les anastomoses iléo-anales : permettent une exérèse large des lésions puisque le rectum peut être enlevé, sont de réalisation technique difficile, qu'elles soient pratiquées secondairement ou dans le même temps que la colectomie. Elles ont par ailleurs des résultats fonctionnels souvent désastreux, malgré les artifices techniques, visant soit à former un réservoir pré-anal, soit à conserver la zone reflexogène que représente la muqueuse du canal anal.

— Les anastomoses iléo-sigmoïdiennes : sont de toutes les plus satisfaisantes parce que techniquement faciles à réaliser et fonctionnellement très satisfaisantes. Mais leur emploi est forcément limité par le fait qu'elles obligent à conserver la zone sigmoïdo-rectale qui est habituellement le siège maximum des lésions.

— Les anastomoses iléo-rectales : plusieurs auteurs, en particulier AYLETT, ont montré que la zone recto-sigmoïdienne une fois enlevée, les lésions rectales sous-jacentes pouvaient guérir ou du moins s'améliorer et justifier ainsi l'emploi de ce type d'anastomose. Cependant, si cette anastomose est réalisée dans le même temps que la colectomie, les sutures étant réalisées en tissus souvent malades, les risques de fistules sont considérables. Si elles sont réalisées secondairement, les difficultés techniques sont considérables.

— Les anastomoses iléo-rectales en deux temps : c'est pour cette raison que notre Maître le Professeur Pierre BERTRAND a imaginé de réaliser dans le même temps que la colectomie une anastomose iléo-rectale entre le rectum et une anse grêle exclue, et dans un deuxième temps de rétablir la continuité par une anastomose iléo-iléale. Ce procédé a un double avantage de facilité technique et de sécurité puisque l'anastomose iléo-rectale est exclue.

IV. — *Les indications du traitement chirurgical* sont difficiles à poser.

— Les formes graves semblent justiciables de la chirurgie lorsqu'elles résistent au traitement médical pendant plus de 8 à 10 jours pour les formes fulminantes, 1 à 2 mois dans les formes aiguës.

L'intervention pratiquée sera exceptionnellement une iléostomie isolée, habituellement une colectomie totale avec iléostomie terminale.

— Dans les formes compliquées (perforations, colectasies, hémorragies) l'indication chirurgicale est formelle et urgente : la seule thérapeutique possible est la colectomie totale avec iléostomie terminale.

Dans les formes chroniques, c'est là que les difficultés d'indication sont maximum : il faut se baser sur l'état général du malade, la fréquence des crises, l'existence de complications.

L'intervention à pratiquer sera dans tous les cas une colectomie totale. Se pose le problème du rétablissement de la continuité : il n'existe actuellement, à nos yeux, qu'une seule contre-indication formelle : ce sont les lésions sphinctériennes ou péri-sphinctériennes qui rendent le sphincter incompetent. Dans tous les autres cas il peut, et même doit être tenté.

V. — *Les résultats :*

Une assez grosse mortalité opératoire, importante surtout dans les premières années de notre statistique (15 décès), est due au fait que les malades nous ont été confiés souvent dans un état très grave et au fait que nous n'avons pas toujours appliqué la thérapeutique chirurgicale convenable.

Les résultats des iléostomies (8 cas) dont le recul est de 6 à 2 ans sont excellents.

Les résultats des rétablissements de la continuité :

— Deux anastomoses iléo-anales, deux morts.

— Deux anastomoses iléo-sigmoïdiennes, deux bons résultats.

— Une abdomino-transanale, un bon résultat.

— Trois anastomoses iléo-rectales suivant notre technique : trois bons résultats.

Vu, le Doyen :

H. HERMANN

Le Président de la Thèse :

P. BERTRAND

Vu et permis d'imprimer : Lyon, le 21 mai 1963

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université :

P. LOUIS

Bibliographie

- ADSON M.A. : Traitement chirurgical de la recto-colite hémorragique. *Proc. Staff Meet. Mayo Clin.* **36**, n° 19, pp. 484-489, 1961.
- AYLETT S. : Colectomie totale et anastomose iléo-rectale, traitement de choix de la colite ulcéreuse. *Acta Chir. Belg.* **6** : pp. 597-607, 1959.
- AYLETT S. : Disease colon and rectum, **5** : pp. 206-212, 1962.
- BACON H.E., BRALOW S. Ph. : Rééducation et survie prolongée après colectomie pour colite ulcéreuse. *J.A.M.A.*, **172** : n° 4, pp. 324-328, 1960.
- BACON H.E., BRALOW S. Ph. : A propos des intervention préfrontales dans la rectocolite hémorragique. *Maroc. méd.* **39** : n° 425, p. 1065, 1960.
- BARKER W.F. : Traitement chirurgical de la colite ulcéreuse. *Am. J. Surg.* **102** : n° 2, pp. 176-183, 1961.
- BARKER W.F. et MELLINKOFF S.M. : Le travail en équipe médico-chirurgicale dans le traitement de la colite ulcéreuse. *Méd. Klin. North. Amer.* **43** : n° 4, 1155-1175, 1959.
- BERNACCHI A. : Les colopathies non malignes (qui comportent une indication chirurgicale). *Rev. brasil. Cir.* **37** : n° 6, pp. 647-654, 1959.
- BERTRAND P. : Possibilité du traitement chirurgical dans la recto-colite ulcéro-hémorragique. *Gaz. hôp.* **129** : n° 34, pp. 1229-1231, 1957.
- BERTRAND P., FRANCILLON J., GILBERTAS A. et GABRIELLE C. : Etat actuel des possibilités chirurgicales dans le traitement de la recto-colite ulcéreuse hémorragique. *Ann. Chir.* **11** : n° 13, 14, pp. 949-956, 1957.
- BERTRAND P., MÉTAIS B, POUYET M. et LOMBARD-PLOTEL : sur le rétablissement de la continuité après colectomie totale pour recto-colite ulcéro-hémorragique. *Lyon-Chirurgical*, **58** : n° 5, pp. 681-694, sept. 1962.
- BLACK B.M. : Traitement chirurgical actuel de la colite ulcéreuse chronique. *Am. Surgeon* **23** : p. 695, 1957. In *Internat. Surg. Dig* **65** : n° 2, pp. 108-111, 1958.
- BLANCO H.G., LORENZO H. et LOSADA : Traitement et indications chirurgicales dans la colite ulcéreuse chronique. *Prensa Méd. argent.* **47** : n° 42, pp. 2771-2778, 1960.
- BOEHME E.J. : Traitement chirurgical de la colite ulcéreuse. *Am. J. Gastroenterol.* **34** : n° 1, pp. 74-82, 1960.
- BROWN, TURNBULL : Résultats de 27 cas d'anastomose iléo-rectale. *Ama. Jour. Sis.* **7** : pp. 585-597, 1962.

- BURT A.V. : Le choix des techniques opératoires pour la colite ulcéreuse et la polyposé familiale. *J. Internat. Coll. Surgeons*, **33** : n° 2, pp. 214-228, 1960.
- CARMICHAEL : Surgery in ulcerative colitis. *Ann. Surg.* **28** : pp. 368-376, 1962.
- CARPENTIER W.S. et CONNOLLY P.J. : Le traitement chirurgical de la colite ulcéreuse chronique. *Arch. Surg.* **76** : n° 1, pp. 13-19, 1958.
- CATTAN R., CARASSO R., FRUMUSAN P. et NATAF P., SOUPAULT R. et BUCAILLE M. : Indications et résultats des interventions préfrontales dans les recto-colites ulcéreuses hémorragiques. *Sem. Hôp. Paris*, **33** : n° 9, pp. 507-521, 1957.
- CATTAN R. : Traitement médical et indications chirurgicales dans la recto-colite hémorragique et purulente. *Medec. mod.* **37** : n° 400, pp. 903-910, 1958.
- COLCOCK B.P. : Les complications du traitement chirurgical de la colite ulcéreuse. *Surg. lin. North Amer.*, pp. 725-730, 1957.
- CROHN N.N. : Les erreurs à éviter dans le traitement chirurgical de la colite ulcéreuse non spécifique. *Surg. Clin. North. Amer.*, pp. 251-256, 1958.
- DARNAUD Ch., DENARD Y., MOREAU G., VOISIN R. et LEGUEVAQUE F. : Operation de Bucaille (electro-coagulation préfrontale) dans un cas desespéré de rectocolite hémorragique. *Arch. Mal. App. Dig.* **48** : n° 12, pp. 1754-1757, 1959.
- DELANNOY E. : Traitement chirurgical de la recto-colite hémorragique. *Entretiens de Bichat (Chirurgie et Spécialités)*, pp. 173-178, 1957.
- DELANNOY E. : Traitement chirurgical de la recto-colite hémorragique. *Entretiens de Bichat (Chirurgie et Spécialités)*, pp. 171-174, 1957.
- DELANNOY E. et MARTINOT M. : A propos du traitement chirurgical de la recto-colite hémorragique. *Acta Chir. Belg.* n° 6, pp. 645-648, 1959.
- DELANNOY E. et MARTINOT M. : Traitement chirurgical de la recto-colite ulcéro-hémorragique. Masson, édit., Paris, 1957.
- DELANNOY E. : A propos du retablisement de la continuité après colectomie pour recto-colite hémorragique. *Mém. Acad. Chir.* **86** : n° 16, 17, pp. 454-456, 1960.
- DELOYERS L. et DUFREY A. : Le traitement chirurgical de la recto-colite ulcéro-hémorragique. *Acta gastro-enterol. belg.* **24**, n° 8, 9, pp. 522-527, 1961.
- DELOYERS L. : Le traitement chirurgical de la colite ulcéreuse segmentaire ou totale doit tendre, après resection, à la conservation du sphincter anal. Relation de divers procédés. *Lyon Chir.* **53** : n° 6, pp. 813, 822, 1957.
- DENNIS C et KARLSON K.E. : Considerations physiologiques sur le traitement de la colite ulcéreuse idiopathique. *Surg. Clin. North Amer.*, pp. 571-584, 1958.

- DEUCHER F. : Indications du traitement chirurgical de la colite ulcéreuse. *Wien. med. Wschr.* **107** : n° 51, 52, pp. 1050 - 1055, 1957.
- DONOVAN M.J. et O'HARA E.T. : La fonction sexuelle après opération pour colite ulcéreuse. *New England J. med.* **262** : n° 14, 719-720, 1960.
- DUBOURG G., CHAUVENET A. et DUBARRY J.-J. : Rétrécissement recto-sigmoïdien. Séquelle d'une recto-colite ulcéro-hémorragique. Guérison après exérèse avec conservation sphinctérienne. *J. méd. Bordeaux*, n° 4, p. 407, 1958. *Arch. mal, app. dig.* **47** : n° 4, pp. 406-410, 1958.
- DUKES C.E. et LOCKHART-MUMMERY H.E. : Points pratiques de la pathologie et du traitement chirurgical de la colite ulcéreuse. Revue critique. *Brit. J. Surg.* **45** : n° 189, pp. 25-36, 1957.
- DUPREZ A. et GÉRARD J. : La place de la chirurgie dans le traitement de la recto-colite ulcéro-hémorragique. *Acta Chir. belg.*, n° 6, 593-596, 1959.
- EHRENPREIS T. et coll. : Traitement chirurgical de la colite ulcéreuse de l'enfant. *Acta paed.* **49** : n° 6, pp. 810-826, 1960.
- FALLIS L.S. et BARRON J. : Une technique d'anastomose chirurgicale iléo-rectale dans la recto-colite hémorragique. *Arch. Surg.* **81** : n° 3, pp. 444-452, 1960.
- FERGUSON L.A. : Aspects médicaux et chirurgicaux de la colite ulcéreuse chronique. *J. internat. coll. Surgeons* **27** : n° 4, pp. 535-539, 1957.
- FRANCILLON J. et FERNOUX H. : Technique et appareillage de l'iléostomie terminale abdominale dans le traitement des recto-colites ulcéreuses. *Lyon Chir.* **53** : n° 4, pp. 590-591, 1957.
- FRANCILLON J., FERNOUX H. et GABRIELLE C. : Notre technique d'établissement et d'appareillage de l'iléostomie pour recto-colite hémorragique. *Ann. Chir. (Suppl. Sem. hôp. Paris)* **11** : n° 13-14, pp. 966-970, 1957.
- FULLERTON : Etude clinique de la colite ulcéreuse. *Journal américain Med. assoc.* 1962.
- GABRIELLE Cl. : Conception actuelle du traitement chirurgical de la recto-colite ulcéreuse et hémorragique. *Thèse Lyon*, n° 34, 1957.
- GALL F. : Indications du traitement chirurgical de la colite ulcéreuse. *Deutsche med. Wschr.*, n° 13, pp. 511-512, 515-516, 519-520, 1960.
- GAYRAL L., FERRET P., et ANDUZE-ACHER : Résultats d'une lobotomie pré-frontale pour recto-colite hémorragique grave. *Arch. Mal. App. Dig.* **49** : n° 9, pp. 1197-1198, 1960.
- GERTZ T. Cl. : La colectomie totale et l'anastomose iléo-anale dans le traitement de la colite ulcéreuse chez l'enfant. *Arch. Dis. Child.* **35** : n° 179, pp. 90-91, 1960.
- GILBERTAS A. et BLANCHARD H. : Recto-colite traitée par colectomie totale et reconstitution d'un néorectum par plastie iléale. *Arch. Mal. App. dig.* **46** : n° 3, pp. 236-243, 1957.

- GOLIGHER J.C. : Traitement chirurgical de la colite ulcéreuse. *Brit. Med. J.*, n° 5220, pp. 151-154, 1961.
- GOLIGHER J.C. : Traitement chirurgical de la colite ulcéreuse. *Acta Chir. belg.*, n° 6, pp. 627-644, 1959.
- GRANDON E., TOISTEDT G.E., BELL J.W., et HARKINS H.N. : Les fistules périméales après colectomie totale pour colite ulcéreuse. *Am. J. Surg.* **101** : n° 1, pp. 50-54, 1961.
- HALMILTON J.E., HARBRECHT P.J. et LUCAS M.A. : La rééducation du malade ayant présenté une colite ulcéreuse : la proctocolectomie en un temps et l'iléostomie après préparation. *Ann. Surg.* **149** : n° 6, pp. 822-832, 1959.
- HARRIS J.W. : Troubles sexuels et retard de cicatrisation du périnée après proctocolectomie pour colite ulcéreuse chronique. *J. Internat. Coll. Surgeons* **35** : n° 3, pp. 378-381, 1961.
- HIGHTOWER N.C. jr., BRODERS A.C. jr., HAINES R.D., MCKENNEY J.F. et SOMMER A.W. : La colite ulcéreuse chronique. III. Traitement. *Am. J. Dig. Dis.* **5** : n° 12, pp. 931-941, 1958.
- HILLEMAND P., VIGUIE R. et NALET J. : A propos du traitement de la rectocolite hémorragique par l'électro-coagulation des fibres thalamo-corticales. *B.M. Soc. méd. Hôp. Paris*, **74** : n° 3, 5, pp. 109-110, 1958.
- HUGUES E.S.R. : Chirurgie de la colite ulcéreuse. *Méd. J. Australia*, **48** : n° 2, pp. 49-51, 1961.
- HUGUES E.S.R. et KING W.E. : L'iléostomie et la proctocolectomie en un temps pour colite ulcéreuse. *Méd. J. Australia*, **44** : n° 14, pp. 492-494, 1957.
- HURWITZ A. et GROSSMAN S.L. : Complications post-opératoires de la colite ulcéreuse. *Arch. Surg.* **80** : n° 2, pp. 262-266, 1960.
- KARLSON K.E. et DENNIS C. : La vagotomie dans le traitement de la colite ulcéreuse idiopathique. *Surgery* **42** : n° 2, pp. 431-439, 1957.
- KIRSNER J.B., BICKS R.O. et PALMERS W.L. : Traitement de la colite ulcéreuse (résultats à longue échéance). *Arch. of Int. Méd.* **99** : n° 4, pp. 642-655, 1957.
- KITTRICH : Ulcerative colitis. *Amer. J. North*, **62** : pp. 60-64, 1962.
- KLEIN S.H., EDELMAN S., KIRSCHNER P.A., LYONS A.S. et BARONOFKY I.D. : La caecostomie d'urgence dans la colite ulcéreuse avec dilatation toxique aiguë. *Surgery*, **47** : n° 3, pp. 399-407, 1960.
- LAURENCE : Colectomie avec conservation du rectum. *Bol. Soc. Cir. Air.* **46** : p. 258, 1962.
- MCLENATHEN C.W. et WEINBERG J.A. : Le traitement chirurgical de la colite ulcéreuse. Comparaison de la coloproctectomie en un temps et d'autres techniques. *Am. J. Surg.* **98** : n° 2, pp. 164-174, 1959.
- LINDENBERG J. : Colite ulcéreuse. Traitement et pronostic ; étude basée sur 161 cas. *Acta chir. Scand.* **236** : pp. 6-116, 1958.

- LOYGUE J. : A propos du rétablissement de la continuité après colectomie pour recto-colite ulcéreuse ou hémorragique. *Mém. Acad. Chir.* **86** : n° 10-11, pp. 341-344, 1960.
- LOYGUE J. et LEVY Et. : Les indications du traitement chirurgical de la recto-colite ulcéro-hémorragique. *Acta chir. belg.*, n° 6, pp. 619-626, 1959.
- LYONS A.S., ADELMAN S. et BARONOFKY I.D. : Indications des opérations de diversion fécale dans le traitement chirurgical de la colite ulcéreuse. *Ann. Surg.* **151** : n° 2, pp. 169-173, 1960.
- MAMMONI O.H. : Coloproctectomie et anastomose iléo-anale dans la colite ulcéreuse. Résultat éloigné. *Prensa mcd, argent.* **45** : n° 8, pp. 823-827, 1958.
- MANDACHE F., C NSTANTINESCU S., IONESCU-BUJOR C., MIHOLECU V. et SATI-NOVER L. : Considération sur le traitement chirurgical de la recto-colite hémorragique et polypeuse. *Viata Medicala (Burarest)*, **4** : n° 8, pp. 32-39, 1957.
- MARTINOT M. : Traitement chirurgical de la recto-colite ulcéro-hémorragique. *Thèse Lille*, n° 21, 1957.
- MEEROFF M. : Traitement de la colite ulcéreuse aspécifique. *Prensa Med. Argent.* **45** : n° 4, pp. 423-527, 1958.
- MERCHANT-IGLESIAS A. et MONCADA-MONEU A. : Actualités thérapeutiques : traitement de la colite ulcéreuse idiopathique. *Rev. Clin. aspan.* **66** : n° 4, pp. 261-265, 1957.
- MIALARET J. et BUSSON A. : La recto-colite hémorragique. Aspect thérapeutique actuel. *Concours méd.* **80** : n° 20, pp. 2445-2449, 1958.
- MIALARET J. : Colectomie totale pour colite ulcéreuse. *Mém. Acad. Chir.* **83** : n° 21-22, p. 669, 1957.
- MIALARET J. : A propos du traitement chirurgical de la recto-colite hémorragique. *Maroc méd.* **39** : n° 424, pp. 971-981, 1960.
- MIALARET J. : A propos du rétablissement de la continuité après colectomie subtotale pour recto-colite ulcéreuse ou hémorragique. Conclusions de la discussion. *Mém. Acad. Chir.* **86** : n° 16-17, pp. 480-481, 1960.
- MIALARET J. et BUSSON A. A propos du rétablissement de la continuité après colectomie subtotale pour recto-colite ulcéreuse ou hémorragique. *Mém. Acad. Chir.* **86** : n° 10-11, pp. 300-310, 1960.
- NATAF A.M.P. : Le traitement actuel de la recto-colite hémorragique. *Thèse Paris*, n° 256, 1957.
- NICOLE R. : Le traitement de la colite ulcéreuse chez l'enfant. *Ann. Paed.* **194** : n° 3, pp. 189-192, 1960.
- OPPOLZER R. : Traitement de la colite ulcéreuse par la neurectomie pelvienne. *Wien. Med. Wschr.* **108** : n° 1, pp. 10-13, 1958.

- PERROTIN : A propos du rétablissement de la continuité après colectomie subtotale ou totale pour recto-colite ulcéreuse ou hémorragique. *Mém. Acad. Chir.* **86** : n° 10-11, p. 345, 1960.
- PIETSCHMANN G. : Les limites du traitement conservateur et opératoire de Colite ulcéreuse. *Chirurg.* **29** : n° 7, pp. 325-327, 1958.
- POPESCU C. : Colectomie totale en un temps dans une recto-colite hémorragique à évolution grave. *Wien. Klin Wschr.*, n° 18, pp. 334-335, 1958.
- PROHLASKA J.V., DRAGSTEDT L.R. et THOMPSON G. : Colite ulcéreuse : problèmes chirurgicaux chez des malades traités par les corticostéroïdes. *Ann. Surg.* **154** : n° 3, pp. 408-416, 1961.
- RAGINS : Massive small Bowel resection after total colectomy. *Arch Surgery.*
- RHOADS J.E. : Le traitement chirurgical de la colite ulcéreuse. *Méd. Clin. North Am.*, pp. 1667-1671, 1957.
- RIBET : Colectomie totale avec anastomose iléo-rectale. *Presse méd.* **70** : pp. 1537-1538, 1962.
- RIPSTEIN C.B. : Le jugement nécessaire pour la voie d'abord chirurgicale de la colite ulcéreuse. *Surg. Clin. North. Amer.*, pp. 1355-1359, 1958.
- SAEGESSER F. et PETTAVEL J. : La place de la chirurgie dans le traitement de la recto-colite ulcéro-hémorragique. *Praxis*, **48** : n° 5, pp. 105-107, 1959.
- SAWYER K.C., SAWYER R.B. et McCURDY R.E. : Le traitement chirurgical de la colite ulcéreuse chez les enfants. *J.A.M.A.* **174** : n° 12, 1574-1578, 1960.
- SCHAEFFNER F. : La diarrhée consécutive à une colectomie totale pour colite ulcéreuse. *Am. J. Dig. Dis.* **4** : n° 1, 78-89, 1959.
- SOUPAULT R. et CATTAN R. : A propos du rétablissement de la continuité après colectomie pour recto-colite ulcéreuse ou hémorragique. *Mém. Acad. Chir.* **86** : n° 14-15, pp. 431-434, 1960.
- SOUPAULT R. et CATTAN R. : Les risques de la corticothérapie dans le traitement chirurgical de la recto-colite hémorragique. *Méd. J. Australia* **47** : n° 21, p. 823, 1960.
- STAHLGREN L.H. et FERGUSON L.K. : Action, sur la fonction sexuelle, de la résection abdomino-périnéale pour colite ulcéreuse. *New England J. Med.* **259** : n° 18, pp. 873-875, 1958.
- STAHLGREN L.H. et FERGUSON L.K. : L'iléostomie est-elle toujours nécessaire dans le traitement chirurgical de la colite ulcéreuse segmentaire ? *Surgery*, **46** : n° 5, pp. 847-852, 1959.
- STAHLGREN L.H. et FERGUSON L.K. : Action de résection abdomino-périnéale sur la fonction sexuelle chez 60 malades présentant une colite ulcéreuse. *Arch. Surg.* **78** : n° 4, pp. 604-610, 1959.
- TOLSTEDT G.E. : Occlusion intestinale après colectomie totale pour colite ulcéreuse. *Ann. Surg.* **153** : n° 2, pp. 241-245, 1961.

- TURNBULL Jr. R.B. : La colectomie avec iléostomie simultanée, traitement chirurgical de la colite ulcéreuse diffuse. *Surgery*, **41** : n° 5, pp. 843-856, 1957.
- UNGLEY H.G. : Colite ulcéreuse traitée par colectomie totale et anastomose iléo-rectale. *Proc. Roy. Soc. Med.* **52** : n° 12, pp. 1041-1043, 1959.
- VANDENBROUCKE J., TIMMERMANS U., DE MOOR P. et BAEYAERT P. : La colite ulcéreuse : traitement chirurgical sous ou après ATCH et cortico-stéroïdes. *Acta chir. belg.*, n° 6, pp. 649-657, 1959.
- WELTI H. : A propos du rétablissement de la continuité après colectomie totale ou subtotale pour recto-colite ulcéreuse ou hémorragique. *Mém. Acad. Chir.* **86** : n° 10-11, pp. 344-345, 1960.
- WISSMER B. et DUBOIS-FERRIÈRE H. : Traitement neuro-chirurgical de la colite ulcéreuse. *Rev. méd. Suisse rom.* **79** : n° 3, pp. 191-192, 1958.

Table des matières

CHAP. I — Rappel anatomique	13
II — Rappel clinique	21
III — Méthodes chirurgicales	29
IV — Indications du traitement chirurgical	47
V — Observations	57
VI — Les résultats	89
CONCLUSIONS	95
BIBLIOGRAPHIE	99

TIRÉ SUR LES PRESSES DES
ÉDITIONS ET IMPRIMERIES
DU SUD-EST
46, RUE CHARITÉ - LYON

Dépôt légal : 2^e trimestre 1963 - N° 478

